Nr. 22. 2. czerwca 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Prym. Dr. M. SEIDLER. Lwów.

Rak macicy a ciąża.

Z oddziału położ. ginek. Okręg. Zw. Kas Chor.

Rzadkości występowania raka macicy w ciąży należy dopatrywać się w 2 przyczynach, a mianowicie: 1) w późnym wieku chorych rakowych — najkorzystniejszym bowiem wiekiem dla powstawania raka jest okres przekwitania, w którym kobiety już nie zachodzą w ciążę, 2) w utrudnieniu zajścia w ciążę z powodów natury chemicznej i mechanicznej. Niewielka więc stosunkowo ilość spostrzeganych przypadków nie mogła spowodować jednolitego zdania w literaturze odnośnie do wpływu ciąży, porodu i połogu na rozwój raka. Prócz nielicznych autorów, nie przypisujących ciąży żadnego wpływu na rozwój raka (Cohnstein, Gross), większość, zwłaszcza w ubiegłych latach, twierdziła, że rak robi w ciąży bardzo szybkie postępy (Bambridge, Nissen). Paweł Zweifel w r. 1889 poparł swe zdanie doświadczeniem: w przypadku raka części pochwowej w ciąży dokonał przewiązania jedwabiem na granicy tkanki zdrowej i chorej, i przekonał się, że już po 14 dniach rozwój raka dosięgnął 2 palce powyżej nitki. Prawie wszyscy ginekolodzy na zjeździe w r. 1913 we Wiedniu wypowiedzieli się również w tym duchu. Z biegiem czasu jednak dzięki doświadczeniom na zwierzętach, większej ilości spostrzeganych przypadków, a najprawdopodobniej także dzięki rozpowszechnieniu się i opanowaniu przez większość operatorów operacji Wertheima, jakoteż techniki naświetlania, poddano krytyce dotychczasowe poglądy. Doświadczenia Uhlenhuta (r. 1909) na myszach ciężarnych dowiodły znacznie powolniejszego rozwoju nowotworu niż u innych myszy, a nawet nieprzyjmowanie się przeszczepionego nowotworu u myszy nieciężarnych, a tylko karmionych papką z płodów. Te same spostrzeżenia wolniejszego rozwoju raka u myszy ciężarnych ogłosił E. v. Graff. Podobne wyniki jak Graff osiągnął w swych doświadczeniach na myszach Kok (1924), zaszczepiając im bardzo złośliwego raka o charakterze gruczołowym. Na 11 zwierząt ciężarnych u 7-miu nie przyszło do rozwoju raka, a u 4-ch nastąpiło nawet do kilku dni makroskopowo zupełne cofnięcie się i zanik komórek karcinomatycznych. Po rzucie natomiast, niezależnie od dnia zaszczepienia, zwierzęta w większości przypadków traciły nodpornienie, które im ciąża dawała, i przychodziło nawet do bardzo silnego rozwoju nowotworu. Do wprost przeciwnych wyników doszli w swych doświadczeniach na zwierzętach Moreau i Herroy, jakoteż Askanazy. Kok widzi przyczynę niejednolitych wyników, osiągniętych przez różnych autorów w rozmaitym rodzaju użytego do doświadczeń nowotworu i gatunku zwierzęcia. Opierając się głównie na pracy Graffa i na statystyce ogłoszonych przypadków, przez siebie zebranej, stara się August Mayer w r. 1921 dowieść, że złośliwość raka macicy jest w ciąży mniejsza, niż poza ciążą, a nawet wyleczenie pewniejsze. Publikacje Schweitzera, Theilhabera, Lederera, O. O. Fellnera, Weinzierla, Katza, potwierdzają powyższe spostrzeżenia A. Mayera. Weibel na bardzo licznym materiale chorych rakowych, operowanych na klinice Wertheima, podaje wyniki wyleczeń przy równoczesnej ciąży na 60—70%, gdy tymczasem przy samym raku dochodzi zaledwie do 30%. Nawet Paweł Zweifel zmienił swe pierwotne zdanie, stwierdzając, że ciąża może wpłynąć na powstrzymanie rozwoju raka macicy. Potwierdzają to również Piccard i Varnier. Co do wpływu połogu na rozwój raka, zdania są również podzielone.

O ile, jak widzimy, są jeszcze podzielone zdania co do wpływu ciąży na raka macicy, to prawie wszyscy bez wyjątku przyznają szkodliwy wpływ ciąży na raka, usadowionego poza macicą. Teratoma jajnika utajone — w ciąży się ujawnia i przychodzi do jego bardzo szybkiego rozrostu (Neuhäuser). Schmidt spostrzegał dojście do kolosalnych rozmiarów raka jajnika w ciąży. Nowotwory łączno-tkankowe jak sarcoma kości n. p. osteosarcoma skroni (Wagner), sa. mózgu (Bernard, Dedekind, Jacobi), melanosarcoma (Vallois i Jean Delmas) posiadają w ciąży nadzwyczajną złośliwość i szybko prowadzą ad exitum, po operacji zaś w razie ciąży przychodzi natychmiast do nawrotów (w przypadku Wagnera po 30 miesiącach, w przypadku Vallois'a po 18 miesiącach braku nawrotu). To samo spostrzegali w rakach żołądka Couvelaire, Frankl, Lindstedt, w raku odbytnicy Hochenegg, Wolff, a francuscy autorowie w raku wątroby i w raku piersi. Na to ostatnie schorzenie szczególnie niekorzystnie wpływa połóg. Wobec więc jednolitego zdania powyższych autorów co do szkodliwego wpływu ciąży na raka, usadowionego poza macicą, należy w takich wypadkach bezwzględnie ciążę przerwać.

Nie omawiając narazie postępowania przy raku macicy w ciąży, chciałbym podnieść, że właściwie w piśmiennictwie polskiem — prócz pokazów 2 przypadków Pogonowskiego, I-ego Szymanowicza, Sawickiej i Szancenbacha, przedstawionych na posiedzeniach Tow. Ginekol. krakowskiego i lwowskiego — znajduje się luka. Co więcej, żaden z tych przypadków nie jest wykorzystany dla poparcia przypuszczeń, na wstępie wypowiedzianych, w kierunku niekorzystnego lub korzystnego wpływu ciąży na raka macicy. Mając sposobność spostrzegania i operowania w lecznicy Okr. Związku Kas Chorych we Lwowie przypadku raka części pochwowej w 6-ym miesiącu księżycowym ciąży, i przypadku raka szyjki macicy, rozpoznanego w 9-ym miesiącu księżycowym ciąży, względnie w czasie nieczasowego porodu — a operowanego w 4 miesiące po porodzie po uprzedniem naświetlaniu Röntgenem — czuję się zobowiązanym do dokładnego ich omówienia.

Przypadek pierwszy dotyczy wieloródki J. S., lat 28, L. prot. 276/28 przysłanej z prowincji 8 XI w 4 miesiące po ostatnim nieczasowym porodzie, a naświetlanej tam z powodu raka szyjki macicy, w 2 miesiące po porodzie. Dokładne wywiady, podane nam przez prowincjonalnego ginekologa wykazują już w drugim miesiącu ciąży krwawienie, a silny krwotok w czasie porodu, odbytego z początkiem 9-tego miesiąca księżycowego ciąży. Dziecko po porodzie zmarło. W czasie połogu krwawienie i cuchnące odchody. Badaniem wewnętrznem, przeprowadzonem dopiero po odbytym połogu przez wspomnianego kolegę, stwierdzono duży guz kalafiorowaty na części pochwowej, wykazujący typowe bujanie rakowe. Uważając przypadek za nieoperacyjny, polecił ów kolega naświetlanie na miejscu Röntgenem. W 6 tygodni po skończonem naświetlaniu, przysłał chorą do tutejszej lecznicy. W chwili przyjęcia u osoby silnie niedokrwnej, odżywienia podupadłego, stwierdzono badaniem ginekologicznem część pochwową w formie rozpadającego się krateru, drążącego w głąb szyji. Ciało macicy w przodozgięciu niepowiększone, ruchome. Przymacicza wolne. Płuca i serce bez zmian. Rozpoznano *carcinoma cervicis uteri operabile.* Badanie cystoskopowe pęcherza wykonane 9 XI wykazuje dość znaczne rozpulchnienie *trigonum Lieutaudi,* znaczne jego rozszerzenie i uniesienie do wnętrza pęcherza przez proces, poza pęcherzem się toczący. Bujania nowotworowego brak.

Chcąc z jednej strony przeczekać niedługi stosunkowo okres po naświetlaniu, a z drugiej strony przygotować chorą do operacji *(cardiaca, glukoza,* kilkakrotne tymolowanie pochwy), dopiero dnia 23 XI wykonano typową operację Wertheima, w znieczuleniu lędźwiowem. Przy odpreparowaniu pęcherza i moczowodów nie napotkano na żadne trudności techniczne. Po odsłonięciu naczyń biodrowych po stronie lewej, a więc tętnicy i żyły biodrowej wspólnej, zewnętrznej i wewnętrznej, stwierdzono gruczoły chłonne biodrowe wielkości orzecha włoskiego, silnie zrośnięte z tętnicą biodrową zewnętrzną, które w całości udało się usunąć. Po oddzieleniu całkowitem moczowodu i odsunięciu przez asystenta haczykami tępymi, zapomocą Paquelina usunięto w całości macicę wraz z przymaciczami i tkanką okołoodbytniczą. Przebieg pooperacyjny powikłany schorzeniem miedniczek nerkowych i ropieniem w miejscu przymaciczy, które ustąpiło po leczeniu zastrzykami cylotropiny i klyzmami z trypaflawiny (0,5 : 50), tak że pacjentka 19 stycznia opuściła lecznicę zupełnie zdrowa. 28 II, a więc w 3 miesiące po operacji stwierdza się badaniem ginekologicznem sklepienia zupełnie wolne, nawrotu brak. Chorą poddano ponownemu naświetlaniu Röntgenem. Nadmienić należy, że badanie drobnowidowe gruczołów biodrowych wykazuje obecność obfitych ognisk przerzutowych utkania rakowego.

Przypadek II-gi dotyczy wieloródki O. P., lat 35, L. prot. gin. 36/29. Ostatnia miesiączka przed 5-ciu miesiącami. Badaniem ginekologicznem stwierdza się na części pochwowej na przedniej i tylnej wardze kalafior duży, rozpadający się i silnie broczący przy badaniu. Macica odpowiada wielkością początkowi 6-tego miesiąca księżycowego ciąży. Tętno płodu słyszalne. Płuca i serce bez zmian. Cystoskopja zmian w pęcherzu nie wykazała. Bezpośrednio przed operacją dokonano dokładnej paquelinizacji mas nowotworowych. Badanie drobnowidowe usuniętych mas wykazuje jednostajne utkanie rakowe, składające się z niedojrzałych komórek o różnorodnej wielopostaciowości, przyczem komórki te wykazują nieprawidłowe mitozy. Całość odpowiada niedojrzałej postaci raka, cechującej się agressywnem bujaniem — *Ca medullare* (Prym. Janusz). Dnia 9 II w znieczuleniu lędźwiowem wykonano w typowy sposób operację Wertheima, usuwając macicę ciężarną nieotwartą, przyczem posługiwano się klemami Wertheimowskiemi. Z powodu rozpulchnienia ciążowego odpreparowanie moczowodu i zejście zupełnie nisko na pochwę było stosunkowo łatwe, natomiast krwawienie z przymacicz w związku z przekrwieniem ciążowem było trudne do opanowania. Usunięcia macicy wraz z przymaciczami i tkanką okołoodbytniczą dokonano na ostro, nie zaś Paquelinem. Minimalne krwawienie przy posługiwaniu się Paquelinem przy tym akcie operacji, jest wielką jego zaletą. Wspomnieć chciałbym o jednym szczególe, zauważonym w czasie operacji, a mianowicie o znacznem, bo mniej więcej potrójnem, zgrubieniu i rozszerzeniu prawego moczowodu w stosunku do lewego. Jest to następstwem fizjologicznego skrętu macicy ciężarnej w kierunku prawostronnym i ucisku na prawy moczowód, co znowu etjologicznie tłumaczy nam częstsze schorzenia prawej miedniczki nerkowej *(pyelitis)* w ciąży. Badania, zapoczątkowane w tym kierunku przed kilku laty przez autora i kol. docenta Laskownickiego przy pomocy pyelografji, musiały niestety zostać zaniechane z powodu częstych krwawień, występujących po tym zabiegu i z obawy przed poronieniem. Przebieg pooperacyjny w powyższym przypadku powikłany ropieniem w powłokach i stanem zapalnym pęcherza. Skrawki, wzięte z przymacicz wykazują obraz przewlekłego stanu zapalnego, utkania nowotworowego brak.

Przypadki nasze dowodzą raczej pewnego działania hamującego ciąży na rozwój raka. W przypadku pierwszym, jakkolwiek już w 4 miesiącu po porodzie mieliśmy do czynienia z tak daleko posuniętemi miejscowemi zmianami nowotworowemi, jak zupełne zniszczenie szyjki macicznej, a nawet już jednostronne zajęcie gruczołów biodrowych — to raczej uważamy te zmiany za następstwo nieumiejętnej techniki naświetlania, niż ciąży. Pacjentka bowiem po ukończonym połogu była naświetlana przez młodego röntgenologa prowincjonalnego, którego doświadczenie w tym kierunku jest bardzo skąpe. Wyniki lecznicze po naświetlaniu zależą w wielkiej mierze od jego techniki, wadliwa bowiem technika naświetlania, tak jak nieradykalna operacja, przyczynić się może raczej do propagowania nowotworu, niż do jego poprawy. Dobry stan pacjentki, bez nawrotu, w 3 miesiące po dokonanej operacji, mimo słabej konstytucji chorej i znacznej niedokrewności, każe nam — wobec przypuszczalnego istnienia raka już od 2-go miesiąca ciąży — dopatrywać się w tym przypadku działania uodparniającego ciąży i połogu na rozwój nowotworu, względnie powstanie nawrotu. W przypadku II-gim charakter nowotworu należy do bardzo złośliwych, co zresztą stwierdza badanie drobnowidowe (liczne mitozy i agresywne bujanie). Mimoto jednak przymacicza zmian nowotworowych nie wykazują, a tam jak wiemy znajdują się najbliższe gruczoły chłonne szyjki macicy i one pierwsze zostają zajęte, i jak dotychczasowe doświadczenie nas uczy, badanie drobnowidowe wykazuje je wolne tylko w bardzo wczesnych okresach raka szyjki macicy. Czy i w tym przypadku ciąża nie była tym czynnikiem hamującym?

Pewnego wytłumaczenia wpływu ciąży na rozwój raka szukamy w reakcjach serologicznych. Analogja tych reakcyj w ciąży i u chorych na raka (Abderhalden, Kraus-Graff, Graff-Zubrzycki, Falk-Heski) dowodzi, że w obu tych stanach odbywają się w ustroju procesy podobne, a dotychczas niewytłumaczone. Własności obronne surowicy tak w czasie istnienia nowotworu, jak i w czasie ciąży są podobne t. j. karcinolityczne i syncytjolityczne. W obu wypadkach mamy do czynienia z rozrostem tkanki embrjonalnej, należałoby więc przypuszczać, że ustrój nie może podołać w obronie przeciwko równoczesnym analogicznym procesom rozrostowym i dlatego w ciąży istnieją rzekomo korzystne warunki rozwoju nowotworów. Jednakowoż tak nie jest. Katz sądzi, że rosnące jaje płodowe i nowotwór prowadzą walkę o swe istnienie, przyczem płód, wyposażony w większą energję życiową (rozrostową) zużywa siły ustroju matczynego, a równocześnie hamuje rozwój nowotworu. Przekrwienie ciążowe wpływa na rozrost tkanki łącznej, która stanowi opór dla bujania nabłonka, a tem samem, rozwoju nowotworu. Tak tłumaczą hamujące działanie ciąży na rozwój nowotworu zwolennicy tej tezy, jak A. Mayer i Theilhaber. Powyższe tłumaczenia nie są jednak przekonywujące ani w jednym, ani w drugim kierunku — i najsłuszniejsze jest przyjęcie obu możliwości t. zn. w poszczególnych przypadkach ciąża prowadzi do szybszego rozwoju nowotworu, w innych natomiast wprost przeciwnie wstrzymuje rozwój. Pytanie, jakie czynniki odgrywają tu rolę, musimy na razie pozostawić bez odpowiedzi.

Co się tyczy postępowania leczniczego, to ogół autorów jest za natychmiastową radykalną operacją, a to drogą brzuszną (Wagner, Rosner, Katz, Stoeckel, Lederer, Mundell i i.), lub pochwową (Stoeckel, Dieulafe). Naturalnie pod koniec ciąży wykonuje się cięcie cesarskie brzuszne, a następnie usuwa się ciężarną macicę wraz z przydatkami sposobem Wertheima (przypadek Pogonowskiego i Szancenbacha). W pierwszej połowie ciąży większość usuwa macicę nieotwartą. Nieliczni autorowie, jak Audebert radzą przeczekać do końca ciąży, by wobec niepewnego wyniku co do życia matki przynajmniej dziecko ratować.

Wobec znanych z literatury przypadków, a mianowicie zajścia w ciążę 6-ciu przypadków raka szyjki macicy po wyleczeniu radem (Döderlein, Gagey, Ikeda 3 przypadki, Schäfer) a z tego 3-ch przypadków samoistnego porodu płodu żywego, (1 przyp. Döderleina w 6 lat po naświetlaniu), a w 2-ch po wyleczeniu *Ca vulvae,* z których jeden rozwiązano zapomocą cięcia cesarskiego bez jakiegokolwiek ujemnego wpływu na potomstwo, co stwierdzono kilkuletnią obserwacją (do 8-miu lat Döderlein), zaczęto w ostatnich latach 10-ciu uciekać się do tego środka leczniczego. Naświetlanie bowiem radem ratuje nam nietylko życie matki, ale i dziecka.

Karg z kliniki Döderleina zebrał z literatury 12 przypadków raka szyjki macicy w rozmaitych okresach ciąży, leczonych radem. Pierwszy Döderlein już w r. 1918 zapoczątkował to postępowanie u wieloródki z rakiem części pochwowej w 6-ym miesiącu księżycowym ciąży z wynikiem pomyślnym — doszło bowiem w tym przypadku do samoistnego czasowego porodu dziecka żywego. Matka jednak po roku zmarła na raka. Drugi przypadek Döderleina dotyczy również wieloródki w 8-ym miesiącu ciąży z rakiem części pochwowej. Wynik leczniczy nadzwyczaj pomyślny: poród żywego normalnego dziecka, a matka po 3-letniej obserwacji jest pozbawiona nawrotów. Wogóle na 12-cie powyższych przypadków 9 skończyło się samoistnymi porodami, 1 rozwiązano zapomocą pochwowego cięcia cesarskiego, w 2 przyszło do poronienia w czasie leczenia. Mniej korzystne wyniki osiągnięto wprawdzie co do losu matek, chociaż według Karga nie gorsze od operacyjnych. Cztery bowiem matki zmarły w krótki czas po rozwiązaniu, co do siedmiu brak dalszych wiadomości — jedynie w przypadku Döderleina nie wykazuje 3-letnia obserwacja matki żadnych nawrotów. Spostrzeżenia, dotyczące rozwoju dzieci, z których najdłuższe sięga 9-ciu lat (Döderlein), są bardzo zadowalające, 8 bowiem wykazuje zupełnie prawidłowy rozwój, co do dalszych 2 brak obserwacji. Opierając się na powyższem zestawieniu obawa poronień w związku z naświetlaniem radem w czasie ciąży nie ma uzasadnienia, a co najważniejsze upada obawa uszkodzenia płodu po naświetlaniu Roentgenem kobiet ciężarnych (Naujoks), a nawet po naświetlaniu nie w okolicy narządu rodnego (zmiany w narządzie wzroku u 20 płodów po naświetlaniu kończyn dolnych u matek — Zappert). Co więcej i dwukrotne prześwietlanie żołądka u kobiety w 4-tym miesiącu ciąży w przypadku Unterbergera doprowadziło do znacznego uszkodzenia płodu i następowej jego śmierci, co sekcyjnie stwierdził Kaiserling. Mundell podaje z piśmiennictwa 14 przypadków uszkodzeń płodów po naświetlaniu Roentgenem i radem raka w ciąży, 13 natomiast bez uszkodzeń. Conill z Barcelony przestrzega również przed leczeniem Roentgenem raka w ciąży, zaleca natomiast rad. Jeżeli sprzeczne są w piśmiennictwie zdania co do uszkodzenia płodu przez naświetlanie matek ciężarnych (Fruchtschädigung), to jednak zaznaczyć musimy, że zajście w ciążę po ustaniu czasowej amenorrhoë, wywołanej przez naświetlanie Roentgenem, jest zupełnie pozbawione niebezpieczeństwa uszkodzenia płodu (Schmidt, Nürnberger i w. i.), czyli t. zw. Keimschädigung — uszkodzenie komórek rozrodczych wedle większości autorów u ludzi nie istnieje. Działanie Roentgena na jajnik odbywa się w następującej kolejności: 1) dojrzałe pęcherzyki, 2) pęcherzyki Graafa, 3) ciałko żółte, 4) pierwotne pęcherzyki, 5) nabłonek naczyniowy, 6) nabłonek rozrodczy. Dlatego też ostrożniejsi pozwalają na zajście

w ciążę po naświetlaniu dopiero po upływie t. zw. okresu karrencyjnego najmniej 2—3 perjodów t. zn. gdy przyszło do zapłodnienia komórki jajowej, wytworzonej z nieuszkodzonego pęcherzyka pierwotnego względnie nabłonka rozrodczego. W przeciwnym razie polecają ciążę przerwać.

Mimo nieistnienia obawy uszkodzenia płodu po naświetlaniu radem, to jednak wobec korzystniejszych wyników *quoad vitam* matek po radykalnej operacji, niż po naświetlaniu, powinno życie matki odgrywać dominującą rolę w wyborze sposobu leczniczego. W przypadkach więc początkowego raka w ciąży należy — zdaniem naszem — bezwzględnie operować, w nieoperacyjnych naświetlać. W przypadkach nieoperacyjnych przy donoszonej ciąży, należy najpierw rozwiązać zapomocą cięcia cesarskiego, a potem naświetlać.

Piśmiennictwo.

Ginekologja Polska 1925 Tom IV. (Pogonowski, Sawicka, Seidler, Szancenbach, Szymanowicz, Rosner, Bocheński). — Ginekologja Polska 1928 str. 271. — Kok. Zentralblatt für Gynäkologie, 1924. str. 1136. — Lederer: Zentralblatt f. Gyn. 1924 str. 1289. — Bambridge: Americ. Journal of Obstetr. 1917. — Bernard: Bull. de la Soc. d'obstetr. de Paris — Ref. Zentralblatt Gyn. 1899. — Dedekind: Bruns' Beiträge zur klin. Chirur. Bd. CXVII nr. 2. — Graff: Wiener klinische Wochenschrift 1914. — Lindstedt: Zeitschrift für Krebsforschung Bd. XI 1912. — Neuhäuser: Archiv. f. Gyn. Bd. LXXIX str. 696. — Vallois i Jean Delmas: Bull. de la Soc. d'obstetr. et de Gyn. 1912. — Weibel: Verhandl. der deutschen Gesellschaft f. Gyn. Heidelberg 1923. — Mayer A.: Zntrbl. Gyn. 1921. Nr. 18. — Nissen: Ztrbl. Gyn. 1924 str. 1665. — Stoeckel: Ztrbl. Gyn. 1924 str. 2497. — Katz: Ztrbl. Gyn. 1927 Nr. 36. — Dieulafe: Bull. de la Soc. d'obstetr. et de gyn. 1923 Nr. 10. — Conill: Rev. espan. de obstetr. y gyn. 1924 Ref. Ztrbl. Gyn. 1924. Karg: Monatschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 1928 Bd. LXXVIII Heft 4/5. — Mundell: Amer. Jour. Obstetr. 13, 86/91 1927. — Seidler: Polska Gazeta Lekarska r. 1924. — Unterberger: Zntrbl. Gyn. 1929. Nr. 1. — Vogt: Monatsschr. f. Geburtsh. 80. Heft 1.

Tadeusz STRYJECKI. Warszawa.

O stosunku odczynu Bordet-Gengou w zimnicy do odczynu Bordet-Wassermanna.

Z pracowni Centr. Przychodni Kolejowej w Warszawie.
Kierownik pracowni Dr. W. Gronowski.

W Nr. 38 — 1922 r. „Polskiej Gazety Lekarskiej" ogłosiłem pracę o serologicznej metodzie badania krwi w zimnicy z antygenem swoistym t. j. zimniczym, wykorzystując do tego celu genjalną koncepcję teoretyczną Bordeta i Gengou tak, jak to uczynili w swoim czasie Bruck, Neisser i Wassermann dla celów serodjagnostyki przymiotu, Weinberg — dla bąblowca, Malvos, Bail i inni — dla wąglika i t. d. i t. d.

Nie będę tu mówił o praktycznej wartości tej metody, o jej znaczeniu dla rozpoznawania zimnicy, szczególnie postaci utajonej, która jak wiadomo, często może symulować cały szereg różnorodnych schorzeń; muszę jednak podkreślić, że dzięki tej próbie udało się rozpoznać kilkanaście przypadków zimnicy utajonej wtedy, kiedy znane dotąd badania kliniczne i laboratoryjne całkowicie zawiodły i kwestję leczenia skierować na właściwe tory z pomyślnym wynikiem.

Część tych przypadków ogłosiłem we wspomnianym numerze „Pol. Gaz. Lek.", lub omawiałem w swoim czasie na posiedzeniu Tow. Pedjatrycznego w Warszawie (Doc. Szenajch), część zaś oczekuje jeszcze na opublikowanie.

Z perspektywy ubiegłych sześciu lat, w ciągu których wykonałem przeszło sześć tysięcy badań kontrolnych swoistego antygenu zimniczego, można byłoby już teraz wysnuć pewne zupełnie konkretne wnioski co do praktycznej wartości tej metody, sądzę jednak, że próba ta doczeka się krytycznej i objektywnej oceny ze strony badaczów, posiłkujących się nią w celach rozpoznawczych w swoich pracach laboratoryjnych.

Tutaj chciałbym jeno zwrócić uwagę na inne zgoła zjawisko, jakie spostrzegłem, przerabiając stosunkowo dużo materjału, nadsyłanego do Pracowni Centralnej Przychodni Kolejowej do badania na odczyn Bordet-Wassermanna. Mianowicie chciałbym mówić o stosunku odczynu Bordet-Wassermanna, do odczynu Bordet-Gengou.

W latach od 1921 do 1928 zbadałem ogółem 6.283 surowice, nastawiając każdą z nich jednocześnie na odczyn Bordet-Wassermanna i na odczyn Bordet-Gengou (antygen zimniczy), celem stwierdzenia zachowania się surowicy, przypuszczalnie luetycznej, wobec antygenu zimniczego.

Z ogólnej liczby 6.283 surowic zbadanych na odczyn Bordet-Wassermanna, wynik dodatni o różnem natężeniu hemolizy (++++, +++, ++, +) otrzymałem w 627 przypadkach t. j. w 10%.

W liczbie tych 627 dodatnich Bordet-Wassermannów odczyn Bordet-Gengou dał mi jednocześnie zatrzymanie hemolizy w 105 przypadkach. Czyli, że w stosunku do liczby wszystkich dodatnich Bordet-Wassermannów wypadł w 17% dodatnio, a na ogólną liczbę 6.283 badań w 1,7% dodatnio (patrz załączoną tablicę I-szą).

Te właśnie 105 przypadków jednoczesnego zatrzymania hemolizy z antygenem zimniczym (Bordet-Gengou) i z antygenem luetycznym (Bordet-Wassermann) zasługują na omówienie i są niejako tematem niniejszej publikacji.

Umieściłem je na załączonej tablicy II-giej w kolejnym porządku badania.

Jest rzeczą wiadomą, że odczyn Bordet-Wassermanna daje czasem wynik dodatni w zimnicy jak również i w innych chorobach zakaźnych (gruźlica, szkarlatyna i t. d.) jakkolwiek istnienie w tych przypadkach zakażenia luetycznego zostało z całą pewnością wykluczone. Zjawisko to było stwierdzone przez szereg badaczów obcych i polskich.

Ja również w kilkunastu przypadkach zimnicy ze stwierdzonymi we krwi pasorzytami, obok dodatniego odczynu Bordet-Gengou otrzymałem także dodatni odczyn Bordet-Wassermanna.

Badania zaś moje, zapoczątkowane w pracowni bakterjologicznej Dr. M. Jastrzębskiego w roku 1920 dowodzą iż odczyn Bordet-Gengou z antygenem zimniczym może również czasem dawać wynik dodatni w schorzeniach luetycznych, rozpoznawczo zupełnie pewnych, przy równoczesnem wykluczeniu zakażenia zimniczego.

Z tego należałoby wnioskować, że istniejące biologiczne pokrewieństwo między spirochetami (kiła) i sporowcami (zimnica) przejawia się niekiedy przez wytwarzanie jednocześnie przez ustrój identycznych pod względem biochemicznym ciał obronnych, będących wyrazem działania nań bodźców natury pierwotniaczej, o różnych wprawdzie cechach morfologicznych, lecz o dużem, a niekiedy jak widzimy równoznacznem powinowactwie biologicznem.

W takiem ujęciu sprawy udałoby się wytłumaczyć zjawisko jednoczesnego wiązania dopełniacza z antygenem luetycznym wobec *amboceptora zimniczego* i odwrotnie zjawisko wiązania dopełniacza z antygenem zimniczym wobec *amboceptora luetycznego*.

Część tych dodatnich odczynów Bordet-Wassermanna które jednocześnie dały mi wybitne zatrzymanie hemolizy z antygenem zimniczym (odczyn Bordet-Gengou) należy zaliczyć do przypadków zimnicy utajonej, lub postaci jawnej z dodatnim odczynem Bordet-Wassermanna (patrz przypadki Nr. 19, 35, 60, 68, 77, 103 na tablicy II-giej), względnie zakażenia mieszanego (Nr. 96, 97 na tejże tablicy). Nie ulega jednak wątpliwości, że surowica luetyczna daje także z antygenem zimniczym zatrzymanie hemolizy (odczyn Bordet-Gengou) w takim mniej więcej stosunku procentowym, w jakim surowica zimnicza daje odczyn Bordet-Wassermanna.

Jak już zaznaczyłem, z liczby 105 przypadków identycznego wyniku badania krwi (oczywiście nie w sensie natężenia hemolizy) z antygenem luetycznym i zimniczym, 6 przypadków udało mi się ustalić jako zimnicę utajoną, 2 zaś jako zakażenie mieszane (Malaria + Lues).

Jednemu przypadkowi zimnicy utajonej (Nr. 68) jako najbardziej mojem zdaniem, charakterystycznemu, chciałbym słów kilka poświęcić. Sądzę bowiem, że przypadek ten nie należy do zbyt pospolitych i może wzbudzić pewne zainteresowanie. Stanowi on wraz z 3-ma innemi tu przytoczonemi, jak gdyby ilustrację do omawianego zagadnienia.

Pan K. N. lat 44 inżynier, dzieci zdrowych dwoje, żona poronień nie miała, chorób wenerycznych nie przechodził. Od lat kilkunastu cierpi na bóle napadowe w okolicy wątroby i śledziony. Oba te organy znacznie powiększone. Leczył się z większym lub mniejszym skutkiem. Wreszcie skierowany został do wenerologa, który zalecił zbadanie krwi na odczyn Bordet-Wassermanna. Wynik badania krwi był dla pacjenta zgoła nieoczekiwany, wypadł bowiem całkowicie dodatnio (++++). Mimo że pacjent z całą stanowczością negował lues, ze względu jednak na wyraźny wynik badania krwi poddany został swoistej kuracji antyluetycznej (Arsenobenzol + Hg) z wybitnym wynikiem. To ostatnie przekonało go o istocie podłoża cierpienia i pogodziło wreszcie z myślą o konieczności ciągłego kontaktu z wenerologiem i z laboratorjum. Pacjent przeszedł kilka kuracyj swoistych, mimoto jednak

TABLICA I

Ogólna liczba badań	Bordet-Wassermann				Bordet-Gengou			
	Dodatni	Ujemny	Stosunek % dodatn. do ujem.		Dodtani	Ujemny	Stosunek % dodatnich Bordet-Gengou do dodatnich Bordet-Wassermann	Stosunek % dodatnich Bordet-Gengou do ogólnej liczby badań
			Dodatnich	Ujemnych				
6.283	627	5.656	10%	90%	105	6.178	17%	1.7%

TABLICA II

Nr. porządkowy	Odczyn Bordet-Wasser.	Odczyn Bordet-Gengou	Nr. porządkowy	Odczyn Bordet-Wasser.	Odczyn Bordet-Gengou	Nr. porządkowy	Odczyn Bordet-Wasser.	Odczyn Bordet-Gengou	Nr. porządkowy	Odczyn Bordet-Wasser.	Odczyn Bordet-Gengou	Nr. porządkowy	Odczyn Bordet-Wasser.	Odczyn Bordet-Gengou
1	+++	++	22	++	+	43	++	+	64	+++	+++	85	+++	+++
2	+++	+++	23	++	+	44	+++	+++	65	++	++	86	+	++++
3	++	+	24	+++	+++	45	+++	+	66	+	++	87	+++	++
4	+++	++	25	+++	+	46	+++	++	67	++	+	88	+++	++
5	++++	++++	26	+++	+++	47	++	++	68	++++	++++	89	+++	++
6	+++	+	27	++++	++	48	+++	++	69	+++	++	90	++	++
7	++++	++	28	++++	+	49	++	++	70	+	+	91	++	++
8	++	+	29	+++	+	50	++++	+	71	+++	+++	92	+	++
9	+++	+++	30	++++	++++	51	+++	+++	72	+++	+	93	+++	++
10	++	++	31	++	+	52	+++	+	73	+++	++	94	++++	++++
11	+	+	32	+++	++	53	+++	++	74	++	++	95	++	+
12	++	+	33	+++	++	54	++	+	75	+++	+	96	+++	++++
13	+++	+++	34	++	++	55	++++	+++	76	++	+	97	++++	++++
14	++	+	35	+	+++	56	++++	++++	77	+	++++	98	+++	+
15	++	+	36	+++	++	57	+++	+	78	++	++	99	+++	++
16	+++	++	37	+++	+++	58	+	+	79	+	+++	100	+++	++
17	+++	+	38	+++	+++	59	++	++	80	+	++	101	++++	+++
18	++	+	39	+++	++	60	+	++++	81	+++	+++	102	+	+++
19	++++	++++	40	++	++	61	++	++	82	++	++	103	+	++++
20	++++	++++	41	+++	++	62	++++	+	83	+++	+++	104	+	+
21	+++	+	42	+++	+	63	++++	+++	84	+++	+++	105	+	+

bóle co pewien czas powracały, dając stale te same objawy tak ze strony wątroby jak i ze strony śledziony.

Szczęśliwym dla mnie trafem, a być może i dla niego pacjent zjawił się w pracowni bakterjologicznej Dr. M. Jastrzębskiego celem, jak zwykle dokonania analizy krwi na odczyn Bordet - Wassermanna. Okresowe bowiem napady bólów szczególniej dawały mu się we znaki i wymagały rychłej, jak sam twierdził, skutecznej interwencji swoistej ponieważ działo się to w okresie prowadzonych przezemnie badań, dotyczących serodjagnostyki malarji, więc niezależnie od zbadania krwi na odczyn Bordet - Wassermanna, dokonałem jednocześnie odczynu Bordet-Gengou.

Oba te odczyny wypadły identycznie i dały mi całkowite zatrzymanie hemolizy (Bordet - Wassermann ++++ i Bordet - Gengou ++++). Ten dla mnie znów nieoczekiwany wynik wysunął konieczność poszukiwań w anamnezie możliwego istnienia zakażenia zimniczego. Pacjent jednak nie mógł sobie przypomnieć, aby kiedykolwiek chorował na zimnicę o charakterystycznym przebiegu. Ze względu jednak na niewątpliwy odczyn Bordet - Gengou i ze względu na skuteczność leczenia preparatami As, po ostatniem badaniu krwi zastosowano kilkutygodniowe leczenie chininą (3 × 0,5), a następnie zalecono As + Fe. Już po kilku proszkach chininy samoistne bóle zaczęły ustępować; wątroba i śledziona na obmacywanie niebolesne wracają do granic prawidłowych.

Niewątpliwie przypadek ten należy zaliczyć do malarji utajonej, przebiegającej pod postacią kolki wątrobianej, z dodatnim odczynem Bordet - Wassermanna. Wynik tego głównie się przyczynił do postawienia sprawy na podłożu kiłowem. Aczkolwiek leczenie „swoiste" przynosiło pacjentowi istotną ulgę, głównie ze względu na arsenobenzol jako preparat ogólnie przeciwpierwotniaczy, to jednak faktyczne wyzdrowienie nastąpiło dopiero po skombinowanem leczeniu chininą (głównie), arszenikiem i żelazem. Wynik leczenia ostatecznie i niezbicie potwierdził rozpoznanie malarji.

Nie potrzeba dodawać, iż takie wyjaśnienie przyczyny choroby, przy ostatecznem zdawałoby się ustaleniu rozpoznania, było dla pacjenta, człowieka inteligentnego, zdarzeniem zgoła niepowszedniem. Poważne obawy i ciągła troska o los najbliższej rodziny, by kiła dziedziczna (gdyż taka tylko ewentualność mogła być brana pod uwagę) nie stała się ich udziałem, pozostały tylko przykrem wspomnieniem.

Przypadek ten jest z kolei 2-gim, opisywanym tu przezemnie, a dającym identyczne objawy ze strony wątroby i śledziony (pierwszy patrz Nr. 38 P. G. L. r. 1922).

W obu tych przypadkach rozpoznanie ustalono dzięki zastosowaniu serologicznej metody Bordet - Gengou.

Przypadek Nr. 96, przebiegający pod postacią zakażenia mieszanego (kiła + zimnica) dotyczy pacjenta zanotowanego pod inicjałami A. B. C. W sierpniu 1919 roku zimnica z napadami gorączki co 2-gi dzień. We krwi badanej w szpitalu w Siedlcach, gdzie pacjent wówczas przebywał na kuracji, stwierdzono pasorzyty trzeciaczki *(plasmodium vivax)*. W październiku następnego roku *ulcus durum*, później wysypka. Kuracja swoista. W lipcu 1921 r. codziennie lekkie ziębienie w godzinach popołudniowych. Badanie krwi na obecność pasorzytów zimnicy ujemne. Bordet-Wassermann +++, Bordet - Gengou ++++. Leczenie łącznie przeciwkiłowe i przeciwzimnicze.

Nr. 5 dotyczy przypadku kiły niewątpliwej *(Rupia syfilitica)* z całkowicie dodatnim odczynem Bordet - Gengou i dodatnim Bordet - Wassermannem. W przypadku tym zimnicę z całą pewnością wykluczono.

Jeżeli dodam jeszcze, że w jednym przypadku kiły z wyłysieniem i plakami w gardle dwukrotnie dokonany odczyn Bordet-Wassermanna wypadł ujemnie, natomiast odczyn Bordet - Gengou dał mi za każdym razem całkowite zatrzymanie hemolizy (zimnica wykluczona), to będziemy mieli widomy dowód, jak rozległe i ciągle zmienne są przejawy materji żywej, jak trudne do rozwiązania jest zagadnienie t. zw. swoistości odczynów serologicznych.

Nie wdając się jednak w krytyczną ich ocenę i dociekania na temat ustawicznej zmienności reagowania ustroju pod wpływem jakościowo różnych pobudzeń, reasumując powyższe wyniki, dochodzę do następujących wniosków: w przypadkach wątpliwych pod względem wywiadów jak również i przebiegu klinicznego należy przerobić obadwa odczyny serologiczne i w zależności od stopnia zatrzymania hemolizy (co nie jest zupełnie pewnym sprawdzianem), oraz wspomnianych wyżej czynników, ustalić ostatecznie rozpoznanie.

Piśmiennictwo.

Böhm: Malaria u. Wassermann. R., M. M. Woch. 1909. Nr. 16. S. 829. — Böhm: Malaria u. Wassermann. R., Malaria Internation. Archiv. 1909. B. I. H. 3. — Nanu-Mussel, A. Titu Vasiliu: La réaction de Wassermann dans la malaria. Semain med. 1910. Nr. 6. S. 71. — Karwacki i Krakowska: O odczynie Wassermanna w przebiegu zimnicy. Lekarz Wojskowy. Nr. 6. 1922 r. — Stryjecki Tadeusz: O zastosowaniu odczynu Bordet - Gengou w zimnicy utajonej. Pol. Gaz. Lek. Nr. 38. 1922 r.

J. DADLEZ — W. KOSKOWSKI. Lwów.

Podstawy biochemiczne klasyfikacji typów gorączki eksperymentalnej.

W doświadczeniach prowadzonych przez nas nad mechanizmem gorączki obwodowej jedną z najpoważniejszych trudności tworzyła sprawa kryterjów biochemicznych dla odróżnienia typu gorączki pochodzenia obwodowego od typu gorączki ośrodkowej. Już dawniej *), obserwując wpływ błękitu metylenowego na powstawanie gorączki u zwierząt badanych, zauważyliśmy, że źródłem wzmożonej produkcji ciepła jest żywe spalanie węglowodanów. Dowodem tego był wzrost ilości cukru we krwi, wzmożenie się ilości kwasu mlekowego we krwi, zmniejszanie się zawartości glikogenu wątrobowego, wzrost zapotrzebowania tlenu i podwyższenie ilości wydalanego bezwodnika węglowego a wreszcie wzrost współczynnika oddechowego, który w określeniach serjowych podnosi się do poziomu odpowiadającego normalnem spalania węglowodanowego. Jednym z objawów towarzyszących powyższym zjawiskom biochemicznym jest pogłębienie i przyśpieszenie rytmu oddechowego i zjawianie się t. zw. polypnoe pochodzenia obwodowego, różniącej się zasadniczo od typu

*) P. G. L. Nr. 38, 1926. P. G. L. Nr. 3, 1927.

polypnoe termicznej. Zmiana rytmu oddechowego ma istotne znaczenie dla podwyższania się ciepłoty ciała po użyciu środków działających obwodowo.

Określając systematycznie i w wielu bardzo doświadczeniach powyżej wspomniane zmiany w czasie gorączki obwodowej, postanowiliśmy przedewszystkiem wykonać szereg określeń przemiany gazowej w czasie podwyższania ciepłoty ciała za pomocą środków, które posiadają właściwość działania gorączkowego. Zastosowaliśmy zatem, poza błękitem metylenowym, żółć naftylaminową, albowiem przekonaliśmy się, iż daje ona podwyższenie ciepłoty ciała podobnie jak błękit metylenowy, zastosowaliśmy pepton Wittego, jako znany środek podwyższający ciepłotę ciała, badaliśmy zwierzęta w czasie hypertermji fizykalnej powstającej w chwili przeniesienia ich do środowiska ogrzanego do ciepłoty 37 — 40° C i wreszcie wprowadzaliśmy podskórnie β tetrahydronaftylaminę, klasyczny preparat wywołujący znaczne podwyższanie się ciepłoty ciała.

Doświadczenia nasze były wykonane na psach, bez narkozy, u których łączono tchawicę za pomocą rurki tracheotomijnej z systemem wentyli tak urządzonych, że powietrze wydechowe można każdej chwili i przez dowolny okres czasu zbierać w specjalnych, obszernych workach. Otrzymywane w ten sposób powietrze badano co do ilości w spirometrze oraz w aparacie Haldane'a, oznaczano ilościowo tlen i bezwodnik węglowy. Cukier określano metodą Folina. Ciepłotę ciała mierzono w odbytnicy.

Dla stworzenia całości obrazu działania środków dotychczas badanych przez nas na ich wpływ co do działania gorączkowego przytoczymy przedewszystkiem wyniki otrzymane przy stosowaniu błękitu metylenowego **) a następnie przejdziemy do przedstawienia danych odnoszących się do działania żółci naftylaminowej, peptonu, wpływów fizykalnych i β — tetrahydronaftylaminy.

Błękit metylenowy.

Doświadczenie I.

		Godzina	CO^2	O_2	Iloraz oddechowy	Ciepłota
okres normy	1	10·40	91·14 cm^3	124·15 cm^3	0·73	37·6° C.
	2	11·00	100·84 „	127·47 „	0·79	37·3
		10·15 zaczęto wstrzykiwać dożylnie błękit metylenowy.				
okres gorączki	3	11·50	134·68 cm^3	142·80 cm^3	0·94	37·9° C.
	4	12 50	108·98 „	111·28 cm^3	0·95	38·9
	5	14·00	117·02 „	135·36 „	0·84	39·4
	6	15·45	130·78 „	144·10 „	0·89	39·2
	7	16·15	124 04 „	152·04 „	0·93	40
	8	17·13	137·19 „	132·53 „	1·03	41
		17·30 zwierzę ginie przy ciepłocie ciała 41·1° C.				

(Ilość tlenu i bezwodnika podane są w cm^3 na jedną minutę).

Obliczając średnie bezwodnika węglowego wydzielonego, tlenu zużytego oraz średnie ilorazu oddechowego otrzymujemy wartości następujące:

	CO_2	O_2	Iloraz oddech.
Przed podwyższeniem się ciepłoty ciała:	95·99 cm^3	125·81 cm^3	0·76
W czasie gorączki obwod.	125·45 cm^3	136·37 cm^3	0·92

Doświadczenie II.

		Godzina	CO_2	O_2	Iloraz oddechowy	Ciepłota
okres normy	1	11·45	85·38 cm^3	107·66 cm^3	0·79	37·2° C.
	2	12·00	133·38 „	179·71 „	0 74	37·2
	3	12·30	102·67 „	133·37 „	0 76	37·2
	4	12·55	99·82 „	148 64 „	0·67	37·2
		13·10 zaczęto wprowadzać błękit metylenowy w dawkach frakcjonowanych.				
okres gorączki	5	13·35	241·84 cm^3	300·75 cm^3	0 80	37·2° C.
	6	13·42	177·02 „	238 50 „	0·74	38·4
	7	13·45	245·49 „	304·20 „	0·80	39
	8	14·12	199 03 „	228·82 „	0·86	40·3
	9	14·30	247·08 „	281·87 „	0·87	41·1
	10	14·45	222·85 „	250·92 „	0·88	42
		14·55 zwierzę zginęło przy ciepłocie ciała 42° C.				

Obliczając średnie ilości bezwodnika węglowego, tlenu oraz wartości ilorazu oddechowego otrzymujemy następujące wyniki:

	CO_2	O_3	Iloraz oddech.
Przed podwyższeniem się ciepłoty:	105·31 cm^2	142·33 cm^3	0·73
W czasie trwania gorączki obwodowej:	222·21 cm^3	267·51 cm^3	0·82

**) P. G. L. Nr. 39, 1928.

Doświadczenie III.

		Godzina	CO_2	O_2	Iloraz oddechowy	Ciepłota
okres normy	1	13 40	56·10 cm^3	60·86 cm^3	0·92	37·6 ° C.
	2	14·30	58·76 „	61·09 „	0·96	37·1
		15·05	zaczęto wstrzykiwać dożylnie błękit metylenowy w dawkach frakcjonowanych.			
okres gorącz.	3	15·35	141·83 cm^3	144·75 cm^3	0·97	37·8
	4	16·05	127·92 „	126·28 „	1·01	39
	5	16·35	84·47 „	75·21 „	1·12	41
	6	16·45	zwierzę ginie			

Obliczając średnie bezwodnika węglowego, tlenu zużytego oraz średnie ilorazu oddechowego przed i w czasie trwania gorączki obwodowej, otrzymamy wartości następujące:

	CO_2	O_2	Iloraz oddech.
Przed gorączką:	57·43 cm^3	60·97 cm^3	0·94
W czasie gorączki:	118·07 cm^3	115·41 cm^3	1·03

Żółć naftylaminowa.

Wstrzykując dożylnie w roztworze nasyconym żółć naftylaminową Sieberta przekonaliśmy się, że posiada ona własności podwyższania ciepłoty ciała. Ten wzrost ciepłoty ciała przy wstrzykiwaniu frakcjonalnem postępuje stale i regularnie a jeżeli dawka całkowita jest dostatecznie duża, zwierzę ginie wskutek przegrzania przy ciepłocie 43° C lub nawet wyższej. Nie sam fakt jednak podwyższania się ciepłoty ciała pod wpływem żółci naftylaminowej zwrócił szczególnie naszą uwagę, lecz mechanizm przebiegu wzrostu ciepłoty ciała i te zjawiska biochemiczne, które pozwoliłyby skwalifikować typ tej gorączki. Dla określenia mechanizmu gorączki wywołanej żółcią naftylaminową przyjęliśmy przeto tę samą zasadę badania co dla badania gorączki błękitowej, metoda ta bowiem pozwoliła nam ostatecznie określić gorączkę błękitowa jako obwodową. U zwierząt, którym wprowadzaliśmy więc żółć naftylaminową, w dawkach frakcjonowanych, badaliśmy ilość zużytego tlenu, ilość wydalanego bezwodnika węglowego, objętość oddechowa i rytm oraz oznaczaliśmy poziom cukru we krwi. Wyniki doświadczeń ilustrują następujące zestawienia:

Doświadczenie I

	Godzina	CO_2	O_2	Objętość oddech.	Współczynnik oddech.	Cukier	Ciepł.
1	14·00	44·07 cm^3	66·89 cm^3	2·260	0·65	102 mgr.	38·7
2	14·40	44·10 „	54·18 „	1·800	0·81	102 „	38·7
	14·48	początek wstrzykiwania nasyconego roztworu żółci naftylaminowej.					
3	17·05	132·48 cm^3	144·62 cm^3	5·520	0·91	114 mgr.	39·8
4	17·15	134·46 „	159·36 „	8·300	0·84	116 „	39·8
5	17·40	213·49 „	237·72 „	11·540	0·89	108 „	41·2
6	17·50	252·33 „	273·62 „	12·940	0·91	94 „	42·1
7	17·57	108·16 „	129·16 „	5·320	0·87	86 „	43·1

(Ilość tlenu i bezwodnika węglowego podana jest w cm^3 na jedna minutę, objętość oddechowa w litrach na jedną minutę).

Obliczajac średnie ilości bezwodnika węglowego i tlenu oraz średnie ilorazu oddechowego otrzymujemy następujace wartości:

	CO_2	O_2	Objetość odddech.	Współczynnik oddech.
Przed wstrzykiwaniem:	44·08 cm^3	60·53 cm^3	2·03 l.	0·73
W czasie goraczki:	168·18 „	198·29 „	8·48 „	0·88

W doświadczeniu tem stwierdza się wzrost przeciętny współczynnika oddechowego z 0.73 na 0.88, wzrost bezwodnika węglowego wydalanego z 44.08 cm^3 na 168.18 cm^3 i tlenu z 60.53 cm^3 na 189.29 cm^3 w jednostce czasu. objętości oddechowej z 2.03 litra na 8.48 litrów w jednej minucie. Cukier początkowo wzrasta a następnie ilość jego maleje.

Doświadczenie II.

	Godzina	CO_2	O_2	Współczynnik oddech.	Objętość oddech.	Cukier	Ciepł.
1	10·05	33·93 cm^3	40·90 cm^3	0·85	1·243	96 mgr.	37·3
2	10·40	63·94 „	78·18 „	0·81	2·686	99 „	37·2
3	11·45	60·32 „	72·15 „	0·83	2·320	96 „	37·2
	11·50	rozpoczeto wstrzykiwać, w dawkach frakcjonowanych, żółć naftylaminowa w roztworze nasyconym.					
4	12·35	76·01 cm^3	92·13 cm^3	0·82	2·303	106 mgr.	37·8
5	13·22	77·59 „	94·66 „	0·82	2·404	106 „	38·3
6	15·40	154·00 „	198·33 „	0·77	7·512	118 „	40·0
7	16·00	130·14 „	165·71 „	0·78	9·362	130 „	40·2
8	16·10	164·15 „	199·32 „	0·82	11·725	—	40·3
9	16·25	192·26 „	232·88 „	0·80	13·540	156 „	40·9
10	16·40	229·70 „	286·14 „	0·80	16·540	200 „	41·2
11	17·00	230·40 „	270·33 „	0·85	15·360	—	42·1

Obliczając średnie współczynnika oddechowego, bezwodnika węglowego i tlenu oraz objętości oddechowej stwierdza się co następuje:

	CO_2	O_2	Objętość oddech.	Współczynnik oddech.
Przed gorączką:	52·73 cm^3	63·74 cm^3	2·083	0·82
W czasie gorączki:	156·78 „	192·43 „	9·846	0·81

W doświadczeniu tem współczynnik oddechowy nie zmienia się *), ilość bezwodnika węglowego wzrasta z 52.73 cm^3 na 156.78 cm^3, ilość tlenu z 63.74 cm^3 na 192.43 cm^3, objętość oddechowa z 2.083 litrów na 9.846 litrów w jednej minucie. Wzrost ilości cukru we krwi zaznacza się szczególnie wydatnie w okresie t. zw. prepolypnoicznym i w czasie polypnoe, dochodząc do 200 mgr. w 100 cm^3 krwi.

Doświadczenie III.

	Godzina	CO_2	O_2	Współcz oddech.	Cukier	Ciepłota
1	14·50	39·50 cm^3	47·79 cm^3	0·82	90 mgr.	38 ° C.
2	15·55	38.74 „	44·99 „	0·86	92 „	37·9
	16·10	początek wstrzykiwania żółci naftylaminowej.				
3	16·45	75·26 „	81·08 cm^3	0·92	90 mgr.	38·2
4	17·17	64·07 „	72·43 „	0·88	—	38·5
5	18·00	132·33 „	143·55 „	0·92	100 „	39·3
6	19·09	151·68 „	156·42 „	0·96	—	40·5
7	18·22	212·85 „	187·05 „	1·13	98 „	41·3
8	18·36	482·74 „	188·41 „	0·97	110 „	42·9
9	18·47	163·20 „	176·46 „	0·92	104 „	43·7

Średnia	CO_2	O_2	Współcz. oddech.
Przed gorączką:	39·12 cm^3	46·39 cm^3	0·84
W czasie gorączki:	140·30 cm^3	143·37 cm^3	0·97

W doświadczeniu powyższem wzrasta współczynnik odddechowy z 0.84 na 0,97, ilość wydalanego bezwodnika węglowego z 39.12 cm^3 na 140.30 cm^3, ilość tlenu zużytego z 46.39 cm^3 na 143.38 cm^3. Zaznacza się również wzrost cukru we krwi.

Doświadczenie IV.

	Godzina	CO_2	O_2	Współcz. oddechow.	Objęt. oddechow.	Ciepłota
1	13·40	28·13 cm^3	31·70 cm^3	0·88	0·83 litr.	38·5 ° C.
2	15·50	58·24 „	65·15 „	0·89	1·82	38·3
	16·00	początek wstrzykiwania żółci naftylaminowej				
3	16·50	82·24 cm^4	87·76 cm^3	0·93	2·76	38·7
4	17·52	136·82 „	147·88 „	0·92	3·16	39·3
5	18·10	119·06 „	128·50 „	0·92	3·63	39·4
6	19·00	167·86 „	203·77 „	0·92	9·90	39·8
7	19·15	213·51 „	230·33 „	0·92	12·90	40·5
8	19·40	311·29 „	321·11 „	0·97	13·70	41·7
9	19·50	249·66 „	256·80 „	0·97	14·20	42·2

Średnia	CO_2	O_2	Współcz. oddechow.	Objętość oddechow.
Przed gorączką:	43·18 cm^3	48·42 cm^3	0·89	1·325 l.
W czasie gorączki:	185·77 cm^3	196·59 cm^3	0·94	9.46 „

W doświadczeniu tem zaznacza się wzrost współczynnika oddechowego z 0.89 na 0.94, ilość bezwodnika węglowego rośnie z 43.18 cm^3 na 185.77 cm^3, ilość zużytego tlenu z 48.42 cm^3 na 196.59 cm^3, a objętość oddechowa z 1.325 litra na 9.46 litrów w jednej minucie.

W czasie gorączki wywołanej wstrzykiwaniem dożylnem żółci naftylaminowej, podobnie jak po błękicie metylenowym, zaznacza się stale wzrost ilości wydalanego bezwodnika węglowego i zużytego tlenu oraz wzrost objętości oddechowej. Ilość cukru we krwi w przeważnej części ulega również zwyżce. Wzrasta też współczynnik oddechowy, który niejednokrotnie przekracza wartość 0.90.

Rozważając te wszystkie zjawiska, dochodzi się do wniosku, że przyczyną powstawania gorączki po żółci naftylaminowej jest zwiększone spalanie węglowodanów. Za tem przemawia też pojawianie się, przed momentem podwyższania się ciepłoty ciała, okresu pogłębiania i przyśpieszania oddechów, połączonego ze wzmożoną przemianą oddechową i dopiero po pewnym okresie czasu ciepłota ciała zaczyna się podwyższać. Jak długo zmiany te w rytmie oddechowym nie następują, tak długo niema gorączki. Jest to objaw obserwowany także przy gorączce obwodowej wywołanej błękitem metylenowym. Materjał ulegający spalaniu w gorączce naftylaminowej pochodzi z rozpadu glikogenu wątrobowego.

---

*) Do omówienia znaczenia współczynnika oddechowego w gorączkach różnego typu przejdziemy przy innej sposobności.

Pepton.

Wstrzyknięcie podskórne peptonu wywołuje podwyższenie ciepłoty ciała. Chodziło nam tedy o przekonanie się jak zachowuje się przemiana gazowa w tej postaci gorączki i dlatego też wykonaliśmy szereg doświadczeń analogicznych do badań nad gorączką obwodową przy stosowaniu błękitu metylenowego względnie żółci naftylaminowej. Wyniki doświadczeń ilustrują następujące zestawienia wybrane dla przykładu z wielu doświadczeń:

Doświadczenie I.

	Godzina	CO_2	O_2	Współcz. oddechow.	Objęt.	Cukier	Ciepłota
1	10·50	41·27 cm³	53·51 cm³	0·76	4·34 l.	112 mgr.	37° C.
2	11·20	16·68 „	20.90 „	0·80	1·39 „	110 „	37
	11·54	wstrzyknięcie podskórne 2 Gr. peptonu Wittego					
3	14·25	28·80 cm³	40·64 cm³	0·70	3·20 l.	108 mgr.	37·7
4	15·15	35·48 „	42·70 „	0·82	2·35 „	101 „	38
5	16·15	16·77 „	20·35 „	0·83	0·78 „	88 „	38·2
6	17·15	13·33 „	15·93 „	0·83	0·62 „	—	38

Średnia	CO_2	O_2	Współcz. oddechow.	Objętość
Przed gorączką:	28·97 cm³	37·15 cm³	0·77	2·86 l.
W czasie gorączki:	23·59 cm³	29·90 cm³	0·78	1·73 l.

W doświadczeniu tem zaznacza się obniżenie ilości bezwodnika węglowego z 28.97 cm³ na 23.59 cm³, tlenu zużytego z 37.15 cm³ na 29.90 cm³ i objętości oddechowej z 2.86 litra na 1.73 litra w jednej minucie. Nadto widoczne jest obniżenie ilości cukru we krwi w czasie trwania gorączki.

Doświadczenie II.

	Godzina	CO_2	O_2	Współcz. oddechow.	Objęt.	Cukier	Ciepłota
1	10·35	73·71 cm³	97·22 cm³	0·76	3·51 l.	128 mgr.	36·8° C.
2	10·50	107·89 „	117·36 „	0·91	7·29 „	128 „	36·6
	11·10	wstrzyknięcie podskórne 2 gr. peptonu Wittego					
3	12·30	75·08 cm³	93·76 cm³	0·80	3·46 l.	110 mgr.	37·2
4	13·30	58·68 „	73·05 „	0·80	3·43 „	96 „	37·7
5	14·00	71·47 „	88·08 „	0·81	3·18 „	102 „	37·8
6	14·45	39·16 „	45·46 „	0·82	1·45 „	110 „	38
7	15·10	71·12 „	89·91 „	0·79	3·35 „	110 „	38
8	15·45	76·01 „	91·93 „	0·82	3·98 „	110 „	38

Średnia	CO_2	O_2	Współcz. oddechow.	Objętość
Przed gorączką:	90·80 cm³	107·29 cm³	0·84	5·40 litr.
W czasie gorączki:	65·25 cm³	80·36 cm³	0·81	3·14 litr.

W tem doświadczeniu obniżają się wartości dla współczynnika oddechowego, bezwodnika węglowego, zużytego tlenu, dla cukru we krwi i objętości oddechowej w czasie trwania gorączki. Współczynnik obniża się z 0.84 na 0.81, bezwodnik węglowy z 90.80 cm³ na 65.25 cm³, tlen z 107.29 cm³ na 80.36 cm³ i objętość oddechowa z 5.40 litra na 3.14 litrów w jednej minucie. Wszystkie te dane świadczą o tem, że gorączka peptonowa nie jest wyrazem wzmożonej przemiany chemicznej i wskutek tego tworzy typ gorączki różny swym mechanizmem od gorączki obwodowej.

Do tej kategorji gorączek względnie hypertermij ośrodkowych należy podwyższenie ciepłoty ciała pod wpływem zwiększonej ciepłoty otoczenia. Za tem też przemawiają wyniki doświadczeń nad przemianą gazową u psów, które umieszczano w temperaturze otoczenia wynoszącej 37 do 40° C. Wyniki doświadczeń ilustruje następujące zestawienie wybrane jako przykład z szeregu zgodnych wyników:

Doświadczenie I.

		CO_2	O_2	Iloraz oddechowy	Ciepłota
Okres normy	1	121·91 cm³	167·83 cm³	0·72	37·2° C.
	2	95·15 „	121·44 „	0·78	37·2

Psa unieruchomionego na stole operacyjnym wniesiono do pokoju ogrzanego do 37°. W ciągu kilkunastu minut rozpoczynają się ruchy oddechowe polypnoiczne.

		CO_2	O_2	Iloraz oddechowy	Ciepłota
Okres polypnoe	3	48·12 cm³	88·06 cm³	0·54	39·3° C.
	4	63·39 „	98·80 „	0·64	40
	5	77·09 „	121·83 „	0·63	41
	6	99·70 „	134·07 „	0·74	42

Po kilkodzinnem przebywaniu w pokoju o temperaturze 37° C. przeniesiono psa do sali o temperaturze normalnej.

Innych doświadczeń odnoszących się do tego rodzaju hypertermji nie podajemy, ponieważ wszystkie bez wyjątku przebiegają analogicznie do doświadczenia przytoczonego. Charakteryzują się one tem, że iloraz oddechowy nie ulega podwyższeniu a ilość wydalonego bezwodnika węglowego i zużytego tlenu jest taka jak w stanie prawidłowym zwierzęcia a nawet obniża się w okresie polypnoe.

* * *

Z kolei przeprowadziliśmy dla celów porównawczych szereg określeń przemiany gazowej w gorączce wywoływanej przez β — tetrahydrofenylaminę. Wiadomą jest rzeczą, że wstrzyknięcie podskórne tej substancji wywołuje, wśród innych objawów, także podwyższenie ciepłoty ciała i to niekiedy do 43°. Różni badacze (Hashimoto, Mutch i Pembrey, Jonescu, Ott i Scott) uważali tę gorączkę za typowo ośrodkową, gdy tymczasem inni (Isenschmid) obserwowali gorączkę po wstrzyknięciu β — tetrahydronaftylaminy u królików, którym usunięto ośrodki cieplne. Gorączka ta ma być następstwem wzmożenia produkcji ciepła, według Feri'ego i Sacharowa, jej wysokość zaś ma być też proporcjonalna do ilości glikogenu wątrobowego u królika (Schut). W każdym razie objawy występujące po wstrzyknięciu tej substancji świadczą o wpływie podniecającym na układ nerwowy sympatyczny.

Jak z powyższego bardzo pobieżnego przeglądu zapatrywań niektórych autorów wynika, istnieje brak zdecydowanej opinji co do sposobu działania β — tetrahydronaftylaminy. Jedni widzą punkt zaczepienia jej działania w ośrodkach, inni zwracają uwagę na możliwość wystąpienia gorączki po usunięciu ośrodków cieplnych, uzależniają też zjawienie się jej względnie wysokość od ilości glikogenu wątrobowego a więc wskazują na możliwości istnienia mechanizmu obwodowego.

Dla ustalenia więc typu tej gorączki przyjęliśmy metodykę zastosowaną dla określenia i innych gorączek względnie hypertermij. A więc ilość wydalanego bezwodnika węglowego, ilość tlenu, współczynnik oddechowy, objętość oddechowa i rytm oddechu miały być kryterjum dla charakterystyki typu.

Otrzymaliśmy następujące wyniki:

Betatetrahydronaftylamina.

Doświadczenie I.

	Czas	CO_2	O_2	Współcz. oddech.	Objęt.	Cukier	Ciepł.
1	14·40	174·49 cm³	215·71 cm³	0·82	13·740	104 mgr.	38·0° C
2	14·50	151·84 „	206·56 „	0·75	13·680	104 „	38·1
	15·00	wstrzyknięcie podskórne 0·1 gr. β tetrahydronaftylaminy.					
3	15·25	122·96 cm³	149·64 cm³	0·82	5·800	153 mgr.	38·2° C
4	15·40	150·28 „	184·75 „	0·81	8·840	180 „	39·0
5	16·00	107·76 „	132·45 „	0·81	4·490	180 „	39·1
6	16·15	151·40 „	181·68 „	0·83	7·570	153 „	40·1
7	16·50	138·24 „	166·60 „	0·83	8·633	129 „	40·5
8	17·23	139·59 „	165·44 „	0·84	10·340	—	40·7

Średnia:

	CO_2	O_2	Współcz. oddech.	Objętość
Przed wstrzyknięciem:	163·16 cm³	211·13 cm³	0·77	13·71 l.
W czasie gorączki:	135·03 „	163·42 „	0·82	7·61 „

W doświadczeniu tem zaznacza się lekki spadek ilości bezwodnika węglowego, tlenu i obniżenie objętości oddechowej. Współczynnik oddechowy bardzo nieznacznie wzrasta, podnosi się natomiast wybitnie poziom cukru we krwi. Ciepłota ciała rośnie o 2.7° C.

Doświadczenie II.

	Czas	CO_2	O_2	Współcz. oddech.	Objęt.	Cukier	Ciepł.
1	11·50	55·87 cm³	70·29 cm³	0·79	3·605	110 mgr.	38·4° C
2	12·10	59·72 „	59·72 „	1·00	3·106	112 „	38·4
3	12·25	55·91 „	59·21 „	0·94	3·006	112 „	38·4
	13·25	wstrzyknięto podskórnie 0·075 gr β tetrahydronaftylaminy.					
4	14·33	48·61 cm³	53·47 cm³	0·90	2·315	96 mgr.	38·8° C
5	14·29	47·42 „	50·16 „	0·94	2·090	92 „	39·2
6	15.51	62·60 „	69·48 „	0·90	3·440	93 „	39·4
7	16·02	61·38 „	64·94 „	0·94	3·960	94 „	39·6
8	16·46	60·42 „	58·13 „	1·03	3·266	94 „	39·9
9	17·20	61·19 „	61·60 „	0·99	4·026	96 „	40·0

Średnia:

	CO_2	O_2	Współcz. oddech.	Objętość
Przed wstrzyknięciem:	57·16 cm³	63·07 cm³	0·91	3·139 l.
W czasie gorączki:	56·94 „	59·59 „	0·95	3·183 „

W doświadczeniu tem nie zaznaczają się wybitniejsze zmiany ani w ilości bezwodnika węglowego ani tlenu, ani też w objętości oddechowej. Istnieje jedynie lekkie podwyższenie współczynnika oddechowego. Ciepłota ciała podnosi się o 1.6° C.

Doświadczenie III.

	Czas	CO_2	O_2	Współcz. oddech	Objęt.	Cukier	Ciepł.
1	13·45	124·68 cm³	145·32 cm³	0·85	8·256	94 mgr	38·0° C
2	14·20	110·26 „	131·37 „	0·83	7·820	—	38·0
	14·50 wstrzyk. podskórnie 0·1 gr. β— tetrahydronaftylaminy.						
A.							
3	15·45	83·86 cm³	97·78 cm³	0·85	3·480	98 mgr.	38·0° C
4	15·57	90·68 „	101·08 „	0·89	4·160	108 „	38·7
5	16·20	122·65 „	137·08 „	0·89	5·550	106 „	38·8
6	16·46	112·87 „	125·62 „	0·89	3·750	114 „	40·0
B.							
7	17·15	150·14 „	169·61 „	0·89	6·250	112 „	41·4
8	17·35	203·64 „	230·25 „	0·88	10·253	136 „	41·7
9	17·45	297·06 „	341·19 „	0·87	16·975	294 „	42·1
10	18·00	138·60 „	150·57 „	0·92	6·525	285 „	43·0
	18·15 pies zginął wskutek porażenia oddechu.						

Średnia:

	CO_2	O_2	Współcz. oddech.	Objętość
Przed wstrzyknięciem:	117·47 cm³	138·34 cm³	0·84	9·038 l.
Po wstrzyknięciu:				
a) Faza A.	102·51 „	115·59 „	0·88	4·235 „
b) „ B.	197·36 „	222·90 „	0·89	9·990 „

W doświadczeniu powyższem obserwujemy dwie fazy działania środka, a raczej odczynów ustrojowych. W fazie pierwszej stwierdzamy lekkie obniżenie się ilości bezwodnika węglowego i tlenu, zmniejszenie objętości oddechowej, nieznaczne podwyższenie się poziomu cukru we krwi i współczynnika oddechowego. Faza ta w objawach swych zgodna jest zupełnie z doświadczeniami poprzedniemi I i II. W dalszym ciągu obserwacji tego samego zwierzęcia pojawiać się zaczynają reakcje, świadczące o wzmożonej przemianie chemicznej. Wzrasta ilość wydalanego bezwodnika węglowego ze 102.51 cm³ na 197.36 cm³, ilość tlenu ze 115.39 cm³ na 222.90 cm³, objętość oddechowa z 4.235 litra na 9.990 litrów w jednej minucie; nieznacznie wzrasta współczynnik oddechowy i jednocześnie ciepłota ciała podnosi się o 3° w przeciągu 1h 15'. We krwi podnosi się poziom cukru ze 114 mgr na 294 mgr w 100 cm³.

Na podstawie przytoczonych doświadczeń można więc wnioskować, że gorączka występująca po wstrzyknięciu β - tetrahydronaftylaminy może mieć podwójny mechanizm. Z jednej strony — w fazie pierwszej — przedstawia cechy gorączki ośrodkowej, bez zwiększenia przemiany chemicznej, z drugiej zaś strony może też mieć punkt zaczepienia obwodowy — w drugiej fazie swego działania — i wskutek tego reprezentuje mieszany typ gorączki. W świetle tych faktów zrozumiała jest dla nas rozbieżność pozorna wyników otrzymanych przez badaczy cytowanych na początku tego rozdziału.

* * *

W serjach doświadczeń wyżej przytoczonych użyto różnych środków farmakodynamicznych względnie fizykalnych dla wywołania stanów gorączkowych. Określanie przemiany gazowej metodycznie i w długim okresie badania daje, łącznie z obserwacją występujących zjawisk fizjologicznych, podstawę do różnicowania rozmaitych typów gorączkowych. Fakt wzmożonej przemiany chemicznej świadczy o uruchomieniu mechanizmów obwodowych, czego następstwem jest podwyższenie ciepłoty ciała. Źródłem produkcji ciepła jest rozpad glikogenu i spalanie węglowodanów. W gorączkach ośrodkowych przez nas badanych przemiana chemiczna nie jest istotnem źródłem podwyższania ciepłoty ciała. Przemiana ta nie ulega wzmożeniu pod wpływem czynników termogennych działających wyłącznie ośrodkowo. Odróżnić wreszcie możemy typ mieszany, czego przykładem jest gorączka po β — tetrahydronaftylaminie, gdzie zauważyć niekiedy można dwie różniące się zasadniczo fazy, najpierw ośrodkową a następnie obwodową jako fazę dodatkowo wchodzącą w grę.

———

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Kazimierz WIŚLAŃSKI, st. asyst. klin. Lwów.

Witaminy i hormony (próba syntezy).

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor Prof. Dr. K. Bocheński.

Dokończenie.

Zagadnienie wewnętrznego wydzielania zajmowało oddawna umysły uczonych. Niektórzy pojmowali je jako procesy przechodzenia pewnych ciał z tkanek do krwi, która znów oddaje tkankom substancje innego rodzaju (Nowak). W myśl tego każdy narząd byłby gruczołem o wewnętrznem wydzielaniu, gdyż podobna śródkomórkowa przemiana materji odbywa się przecież w każdym czynnym narządzie ustroju. Nie ulega jednak wątpliwości, że gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu pozostają we wzajemnej ścisłej zależności gwarantującej ich równowagę, a każde naruszenie tej równowagi odbić się musi zaburzeniem we wszystkich narządach. Coraz częściej też mówi się o schorzeniach systemowych, pod które to pojęcie podciągają niektórzy nawet cierpienia ginekologiczne, uważając macicę za gruczoł o wewnętrznem wydzielaniu, a w działaniu antagonistyczny w stosunku do jajników i gruczołu piersiowego. W myśl tego uważa Fedoroff krew miesiączkową za wydzielinę gruczołu dokrewnego. Wstrzykiwał on królikom dożylnie wodny roztwór wyciągu glycerynowego tej krwi i spostrzegał charakterystyczne zmiany w postaci obniżenia ciśnienia krwi z równoczesnem przyspieszeniem tętna i oddechania. Według Fellnera wydzielina jajników znosi trujące działanie produktów wytwarzanych w macicy (zwiększenie ilości trombokinazy w błonie śluzowej macicy).

Badania Sokołoffa wykazały po wycięciu jajników zanikanie mięśnia macicy i naczyń skutkiem zaburzeń odżywczych.

W chorobie Basedowa występuje w macicy zanik swoistych elementów tkankowych i następowe bujanie tkanki łącznej, zwyrodnienie ścian naczyń, w nadnerczach zaś uszkodzenie substancji korowej.

Zaburzenie czynności tarczycy powoduje często skąpe miesiączkowanie, a nawet zupełne jej ustanie skutkiem zaniku macicy.

Niektórzy autorowie przyjmują istnienie samodzielnego hormonu regulującego zwijanie się połogowej macicy. Spostrzeżenia klinicystów i wyniki lecznicze przemawiałyby za tem, że pewne formy czynnościowego braku miesiączki jakoteż i szereg objawów w okresie przekwitania znany dawniej pod nazwą *„stasis congenstiva pelvica, sive plethora abdominis"* uważać należałoby za następstwo zaburzeń hormonalno - systemowych.

W ciąży występują zaburzenia morfologiczne i czynnościowe, w zakresie gruczołów dokrewnych, jednak równowaga wpływów hormonalnych zostaje zawsze utrzymana, a każde jej zachwianie daje wyraźne objawy kliniczne. Zaburzenia te są zwykle przejściowe i dzięki temu *dyshormonozy (dysendokrinozy)* ciążowe leczą się samoistnie po porodzie (Seitz). Spostrzegano również poprawę i wyleczenie zatruć ciążowych po podawaniu wyciągów z gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Vassale jako przyczynę drgawek porodowych uważa niedomogę ciałek nabłonkowych, a Hofbauer odnosi drgawki do nadmiernej czynności układu przysadkowo - adrenalinowego.

Wzrost i odżywianie pozostają pod wzajemnym wpływem gruczołów dokrewnych i układu wegetatywnego. Wydzielina gruczołów wpływa na czynność układu pobudzającego lub hamującego. Adrenalina np. pobudza część współczulną wegetatywnego systemu nerwowego, sprawia skurcz naczyń i podnosi ciśnienie krwi. Hormon tylnej części przysadki wywoływa skurcze macicy, jelita i pęcherza. Thyroxyna zwiększa przemianę materji.

Wydzielanie wewnętrzne narządów wpływa na drugorzędne cechy i znamiona płciowe. Wzajemna równowaga i synergizm, tworzące podstawę prawidłowego rozwoju i czynności, wytwarzają znane różnice płciowe somatyczne i fizjologiczne. Sprawą tą bliżej zajmować się nie będziemy. Obchodzi nas bowiem przedewszystkiem rola, którą w wydzielaniu wewnętrznem, hormonalnem odgrywają witaminy. Niemal wszystkie narządy i gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu stoją bowiem pod ich przemożnym wpływem (Lumière, Steusing, Koskowski). Wiemy np. że prawidłowa czynność jajnika związana jest z dostatecznym dowozem witamin, których brak prowadzić może do bezpłodności. Czyniono próby na szczurach i przekonano się, że karmione pożywieniem mieszanem zawierającem wszystkie inne witaminy oprócz witaminy E rosły i mnożyły się bardzo dobrze. Drugie jednak lub trzecie pokolenie było już niepłodne, gdyż u samców występo-

wało zwyrodnienie komórek zarodkowych i nabłonka kanalików nasiennych, a jeśli samice zachodziły w ciążę, to płody obumierały w macicy. Dodanie ryżu, nasienia konopi lub innych roślin obfitujących w witaminę E przywracało szczurom płodność. Według Guggisberga, Ecksteina i Szillyego brak witamin w pożywieniu ciężarnej może spowodować przerwanie ciąży, zwłaszcza w początkach jej. O ile zaś brak witamin w pożywieniu wystąpi dopiero w drugiej połowie ciąży, nie ma to żadnego wpływu na płód. Wywody te stoją w sprzeczności ze spostrzeżeniami Abelsa, o którym wspominaliśmy poprzednio. Autorowie ci spostrzegali prawidłową wagę u noworodków, których matki wykazywały wyraźne objawy niedożywienia. O ile zaś to niedostateczne odżywianie matek trwało w dalszym ciągu po skończonej ciąży, występowały u dzieci bardzo ciężkie zaburzenia charakterystyczne dla braku witamin. Dowodzi, to, że ciała te nie tworzą się ani w ustroju matki ani też w ustroju dziecka, jak również, że ustrój posiada zdolność tworzenia zapasów witaminowych. Stąd pochodzi też, że ilości witamin w danych narządach mogą ulegać znacznym nawet wahaniom i że szkody z braku witamin powstają dopiero po pewnym czasie, gdy wyczerpią się nagromadzone zapasy i rezerwy. Młode zwierzęta pochodzące ze zdrowych i obficie witaminami karmionych zwierząt znoszą bardzo długo brak witamin bez szkody (Korenschewski, Carr, Daniels, Michols). Czy ta zdolność tworzenia zapasów w narządach odnosi się zarówno do wszystkich witamin, czy też do niektórych tylko, zdania są podzielone, zwłaszcza co do witaminy B.

Chic zwraca uwagę na długi czas *inkubacji,* który mają wszystkie *awitaminozy.*

Podobnie jak z braku witamin ginie zwierzę z braku lipoidów. Równowaga ciał lipoidowych w ustroju jest niezmiernie ważna. Aby zapobiegać ich brakowi, usiłowano wytworzyć sztuczne preparaty z mózgu, mleka, jąder, lipoidów i zarodków roślin. Okazało się jednak, że preparaty te posiadały tak znaczne ilości drobnoustrojów, że występujące procesy spalania mogły uszkadzać zawarte w nich ciała odżywcze, a głównie witaminę D (Reiter, Reissmann, Bitter, Weigmann).

Myszy karmione pokarmami bez lipoidów stawały się mniej odporne na zakażenie i w krótkim czasie ginęły wśród gwałtownego spadku wagi ciała. Nie ulega również wątpliwości, że lipoidy mają ważne znaczenie dla prawidłowej czynności żeńskich gruczołów płciowych. Dopóki jednak nie znamy witaminy nie stojącej w żadnym związku z lipoidami, trudno powiedzieć do czego należy odnosić szkody wynikłe z ich braku.

Badania licznych autorów wykazały, że witaminy A i D znajdują się zawsze w lipoidach poszczególnych narządów, szczególnie zaś w wątrobie, w nerkach, w sercu i w gruczołach płciowych. Witamina B znajduje się wprawdzie w tych narządach, ale nie w lipoidach, zaś witamina C przeważnie w mięśniach i w wątrobie (Schur).

Duże ilości witaminy A w gruczołach rodnych zwłaszcza w ciąży i ścisły jej związek z lipoidami ciałka żółtego, nadnercza i krwi jest ciągle jeszcze przedmiotem badań. Według Emmeta i Lourosa nadnercze posiada znaczne ilości lipoidów, ale witamina A występuje w nich tylko w czasie ciąży. Mogłoby to przemawiać za ścisłą zależnością wzajemną tego gruczołu w stosunku do gruczołów rodnych (Nowak). Wykazano bowiem, że sztuczne zniszczenie nadnerczy powoduje u młodych, rosnących jeszcze zwierząt niedorozwój gruczołów płciowych z następowem zmniejszeniem zdolności zapłodnienia. Aichel mniema, że zwierzęta posiadające większe nadnercza mają również lepiej rozwinięte narządy rodne, zanik zaś lub zupełny brak nadnerczy związany jest zawsze z nieprawidłowym rozwojem narządu rodnego. Aschner widział często niedorozwój lub nadmierny rozwój nadnerczy towarzyszący takim samym zmianom w narządzie rodnym. Wiemy jednak, że ten paralelizm jest tylko pozorny, gdyż w istocie istnieje stosunek odwrotny i fizjologiczne lub doświadczalne wyłączenie gruczołów płciowych wywołuje zawsze powiększenie nadnerczy. Doświadczenia kliniczne wykazują również, że operacyjne usunięcie gruczołów płciowych powoduje przerost kory nadnercza i to zarówno u płci obojga. Niewiadomo tylko czemu należy to przypisać. Możliwe że odpada tu hamujący wpływ hormonu płciowego, chociaż nie można wykluczyć konstytucjonalnej przemiany całego ustroju na drodze systemu nerwowego i skutkiem tego zasadniczo zmienionej przemiany materji (Schwarz).

Co się tyczy działania nadnercza o nadmiernej przerosłej korze na cały narząd rozrodczy, to w krótkości jedynie zaznaczyć można, że panuje tu również niezgoda autorów sprawą tą bliżej się zajmujących. Ogólnie podzielić ich można na dwie grupy. Jedni działanie nadnercza przypisują samemu guzowi, który niszczy substancję rdzenną, inni zaś sądzą, że przyczyna i rodzaj tego działania polega na tem, że guzy te nie powstają z komórek nadnercza lecz z resztek pozostałych po zawiązkach płciowych.

* * *

W ostatnich latach zwrócono uwagę na pewien stosunek jaki zachodzi pomiędzy światłem i lipoidami. Much wykazał, że w komórkach i w surowicy rozpuszczone tłuszcze można wykryć zapomocą skłaczania ich przez morfinę i jej pochodne. Najszybciej zaś ulegają temu skłaczaniu żywice, które jednak tracą tę zdolność po dodaniu nawet niedużej ilości chlorofilu lub surowicy. Światło aktywuje procesy życiowe, przyspieszając je lub opóźniając. Może je nawet zupełnie powstrzymać. Jeśli jednak rozczyn żywicy naświetlamy lampą kwarcową i w promieniach jej dodamy morfiny, skłaczania nie będzie. Promienie światła tworzą więc ochronę koloidów. Zdaniem Mucha wszelkie działanie światła na procesy życiowe odbywa się zapomocą ciał tłuszczowych i to nie pośrednio przez rozszczepianie lecz bezpośrednio przez działanie światła. Po ustaniu bowiem działania światła zdolność skłaczania wraca.

Oprócz stwierdzonego niezbicie faktu, że witaminy i hormony występują w tych samych narządach i substancjach podstawowych i posiadają podobne własności chemiczne i fizykalne jak np. ten sam punkt wrzenia (W-E i H jajnika), podobieństwo widma naświetlanej ergosteryny do widma insuliny (Adam), zmniejszanie ilości cukru we krwi przez witaminę B podobnie jak przez insulinę, zwrócić należy uwagę na dwa momenty: *uczynnianie hormonów zapomocą witamin i uczynnianie hormonów i witamin energją świetlną.*

Zajmujący się tą sprawą badacze sądzą, że warunkiem tworzenia się hormonu jajnika jest obecność witamin w dostatecznej ilości. Vogt tłumaczy nawet niepłodność kobiet cierpiących na cukrzycę brakiem witaminy E i uważa brak ten jako najważniejszą przyczynę schorzenia, które dotychczas uważano za wynik nieprawidłowej przemiany materji.

Ziegelroth uważa dobre wyniki w cukrzycy uzyskane zapomomcą insuliny za leczenie zastępcze witaminami, których brak wywoływa zaburzenia w procesach assymilacyjnych. Podawanie witaminy C przywraca stan prawidłowy. Dawne leczenie ludowe cukrzycy sokiem surowej marchwi, kapusty i t. d. opierało się niewątpliwie na wprowadzaniu do ustroju witaminy A i B.

Hulschińsky, György i Hess przekonali się, że naświetlanie sztucznem słońcem wysokogórskiem witamin zwiększa i przedłuża ich działanie, podobnie jak naświetlanie insuliny. Wynikałoby więc z tego, że oba rodzaje ciał jednakowo odziaływują na naświetlanie, co znów pozwalałoby wnioskować, że w budowie hormonow i witamin są pewne ciała o cechach bardzo podobnych lub może nawet tych samych. Tłumaczyłoby to do pewnego stopnia działanie kompleksowe tych ciał, ich wzajemną korrelację i równowagę, jakoteż jednakowe wyniki lecznicze osiągane przez witaminy jak i hormony (Beri-beri, Pellagra, Sprue, leczy się insuliną). Follikulina działa głównie na narządy rodne, rozwijając równocześnie własności insulinowe, gdyż obniża cukier we krwi i wpływa na leczenie cukrzycy. Insulina zaś oprócz zmniejszania cukru we krwi wywoływa czasową niepłodność, podobnie jak wyciągi jajników (Haberlandt, Vogt, Wiślański). Już dotychczasowe wiadomości o witaminach i hormonach pozwalają zgoła odmiennie zapatrywać się na różne schorzenia, które wyłącznie lub przeważnie polegają na zaburzeniach odżywczych. Pewne zmiany kości, zeskórnienia spojówki i rogówki, zmięknienie rogówki, nocna ślepota, niedokrwitość i zaburzenia w narządach rozrodczych, zwłaszcza u kobiet, a także schorzenia ogólne jak: osłabienie sił obronnych ustroju i odporności, rozpatrywane z tego punktu widzenia stają się bardziej zrozumiałe i łatwiejsze do leczenia. Nie wystarcza już bowiem samo obliczenie kalorji, zawartych w pożywieniu, gdyż nie mniej ważne są również wspomniane dodatkowe ciała odżywcze, które kierują całą przemianą materji i przyczyniają się do należytego zużytkowania pokarmów przez ustrój.

Odkrycie witamin stało się punktem zwrotnym w lecznictwie, a spostrzeżenia Windausa (przemiana ergosteryny po naświetlaniu na witaminę D) pozwoliło uchwycić jedną właściwość tych ciał. Wykrycie innych, a przedewszystkiem dokładne wyjaśnienie ich chemicznej budowy i składu oraz własności biologicznych, pozwoli dopiero na należytą ich ocenę. Mnożą się spostrzeżenia dowodzące zaburzeń w odżywianiu ustroju pozbawionym witamin. Wiadomo już dziś powszechnie, że wiele niewyjaśnionych stanów chorobowych można poprawić zmienioną dietą obfitą w witaminy.

Oprócz działania bezpośredniego wykazano również działanie pośrednie tych ciał .Stwierdzono bowiem, że istnieje sze-

reg schorzeń, które mają znaną i ustaloną przyczynę, których przebieg jednak bywa bardzo rozmaity zależnie od obecności lub braku w ustroju witamin. Do schorzeń takich należą pewne zaburzenia w narządzie krążenia, pokarmowym, choroby skóry, dróg żółciowych i moczowych.

Zdaniem Haurowitza i innych awitaminozy są cierpieniem, które przyniosła ze sobą kultura i cywilizacja. Wygnanie z domów mieszkalnych słońca i powietrza, gotowanie wszystkich potraw, usunięcie surowych owoców i jarzyn lub nieodpowiednie ich przyrządzanie — oto główne przyczyny tych niedomagań.

Z promieni słońca czynne są promienie pozafijołkowe, o długości fali Y = 300. Istnieje zatem związek pomiędzy światłem a przemianą materji. Tłumaczy to częstość krzywicy w miastach fabrycznych, gdzie brak słońca, chociaż nie jest zupełnie pewne, czy krzywica jest *tylko awitaminozą*. Istnieją bowiem usiłowania aby wykazać, że przyczyną jej jest nie samo zaburzenie równowagi przemiany zasadowo-kwasowej, gdyż nie brak jest w krzywiczym ustroju wapnia i fosforu, ani też nie zmniejszoną jest ilość estrów kwasów fosforowych, brak jest natomiast dostatecznej ilości zaczynów.

W każdym bądź razie wykazano, że u ludzi jedynie światło i słońce zapobiegają krzywicy i że bardzo duży wpływ na rozwój dziecka wywiera jakość i rodzaj pożywienia karmiącej matki. Znaczenie światła w krzywicy pierwszy wykazał Raczyński. Zwiększa złe błędne mniemanie u większości ogółu, że tak zwane lekkie potrawy są najzdrowsze. Niewątpliwie istnieją liczne przypadki, w których wskazane jest takie pozbawione celulozy pożywienie, uogólniać tego jednak nie można, a bywają nawet chorzy, dla których takie „niezdrowe" pożywienie jest właśnie warunkiem wyleczenia (Haurowitz).

Doświadczenia na zwierzętach przekonały, że tworzenie się przeciwciał i fagocytów stoi prawdopodobnie w związku z obecnością witamin. Przemawiałoby to za tem, że witaminy są niezbędne dla prawidłowego rozwoju i czynności poszczególnych narządów i całego ustroju, który jednak sam ciał tych wytworzyć nie jest w stanie. Jest to zasadnicza różnica pomiędzy witaminami i hormonami. Witaminy dostawszy się do ustroju ulegają częściowo zniszczeniu, niektóre z nich bywają gromadzone i przechowywane, reszta zaś pozostaje wydalona drogą odchodów. Z nauki o egzogennych, a więc z zewnątrz dostarczanych składnikach odżywczych wiemy, że istnieją ciała jak np. tyrozyna lub tryptofan, które służą do odnawiania zużytych składników komórkowych.

Niedawno odkryto nowe kwasy aminowe, o których niewiadomo skąd powstają i czy są wytwarzane w samym ustroju, czy też nazewnątrz niego. Może są to również ciała odżywcze, podobne do omawianych?

Ogromna większość prób i doświadczeń przeprowadzona została na materjale zwierzęcym. Wyniki tych badań różnią się niekiedy dość znacznie i to nietylko w szczegółach, ale często nawet pod względem zasadniczym. Zdaniem naszem przyczyna tego leży w tem, że porównywa się wyniki doświadczeń na różnych zwierzętach, zbyt odległych od siebie na drabinie rozwojowej, które wobec tego muszą różnić się pod wielu względami. Np. istnienie hormonu płciowego w łożysku ludzkiem nie ulega żadnej wątpliwości, a jeśli istnieją dotąd kwestje sporne to jedynie odnośnie do tego, czy łożysko jest jedynie miejscem wydzielania tego hormonu czy też można je również uważać za miejsce jego powstawania. Podobnie u większości zwierząt znaleść można duże ilości tego ciała, natomiast nie ma go zupełnie w łożysku psów i świni. Jeśli zatem istnieją takie różnice w warunkach fizjologicznych u zwierząt niższych i wyższych, o ileż większą może być ta różnica w stanach nieprawidłowych, zwłaszcza gdy doświadczenia i wyniki uzyskane na zwierzętach pragniemy bezpośrednio przenieść na ludzi?

A jeśli nawet uda się nam wytworzyć sztucznie na zwierzętach schorzenie podobne zewnętrznie pod względem objawów klinicznych do schorzeń ludzkich, to czyż *mechanizm* powstawania obu tych stanów będzie rzeczywiście ten sam?

Wątpliwości te jakoteż przytoczone powyżej różnice wyników doświadczalnych i leczniczych usprawiedliwiają po części nieufność z jaką część badaczy odnosi się do przytoczonych faktów i przekonywują o potrzebie gromadzenia nowych danych na podstawie dalszych prób i doświadczeń.

Piśmiennictwo.

Asher-Pflüger: Zeitschr. f. Biol. 1928, 87/2. — Abels: W. Kl. W. 1927. 35, Kl. W. 1922. — Adam: Kl. W. 1927, 27. — Arnd: D. m. w. 1927, 52. — Ascoli: Zeitschr. f. Phys. chem. 1923. — Biedl: Kl. W. 1928, 7. — Bickel: M. Kl. 1925, 29. — Bertram: Kl. W. 1925, 23. — Beumer i Falkenheim: Kl. W. 1927, 17, 20. — Birnbacher: M. m. W. 1928, 26. — Bitter-Weigmann: Kl. W. 1928, 28. — Danisch: Kl. W. 1928, 7. — Dieterich: Strahlenter. 27. — Dorhn, Faure, Poll i Blotevogel: M. Kl. 1926, 7. — Dohrn: M. Kl. 1926, 37. — Erdmann i Haagen: M. m. W. 1928, 20. — Eichholz i Kreitmair: M. m. W. 1928, 2. — Erdmann: D. m. W. 1927, 19. — Fraenkel L.: M. m. W. 1928, 8. — Frey i Kraut: M. m. W. 1928, 18. — Fellner: M. Kl. 1926, 49. — György: Kl. W. 1927, 13. — Jahrb. f. Kinderh. 1927. — Goldblatt i Benicszek: J. of. exp. med. 1927. 46. 5. — Hoejer: Pharm. J. a. Ph. 1927. — Hottinger: Zeitschr. f. Kinderh. 1927. — Holz: Kl. W. 1927, 12. — Hess i Anderson: J. of. am. med. Ass. 1927, 89, 15. — Jaffé: Naunym-Schmiedeberg, Arch. 1928, 132 1/2. — Keller: Gin. Pol. 1928. VII. — Kreitmair i Moll: M. m. W. 1928, 25. — Kmietowicz: Pol. Gaz. Lek. 1925, 49. — Kozuka: ref. M. m. W. 1928, 4. — Kroetz: Kl. W. 1927, 25. — Klinke: Kl. W. 1928, 9. — Kaufmann: M. m. W. 1928, 25. — Poll: M. Kl. 1925, 46. — Pfannenstiel: M. m. W. 1928, 26. Kl. w. 1927, 48. — Reiter-Reismann: Kl. W. 1928, 7. — Reiss: Kl. W. 1928, 18. — Schittelhelm: Kl. W. 1928, 26, 24. — Schilowzew: D. Zeitschr. f. Chir. 1928, 209, 5/6. — Stolte: D. m. W. 1928, 7. — Scheer: M. m. W. 1925, 50. — Strote: Kl. W. 1928, 3. — Serdinkoff: Arch. f. Gin. 118, 3. — Saiki: D. m. W. 1927, 13. — Thannhauser: M. m. W. 1928, 2. — Vogt E.: M. m. W. 1928, 17. — M. Kl. 1928, 8, 9, 10. — D. m. W. 1928, 33. — M. m. W. 1927, 50. — M. Kl. 1972, 15, 16. — Strahlenterap. 1927. — Wiskott: M. m. W. 1928, 34. — Wiślański: Gin. Pol. 1928, 8, 4/6.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Henryk REISS, asystent Kliniki. Kraków.

Inhalacje, jako sposób leczenia kiły.

Z Kliniki Dermatologicznej U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. F. Walter.

Leczenie kiły względnie jej współleczenie zapomocą wdychania (inhalacyj) odpowiednich przetworów leczniczych w postaci pary spełnia dwa zasadnicze zadania; wprowadza w przeciągu krótkiego czasu sporą ilość danego leku drogą wprost do krwi, a powtóre jest leczeniem łagodnem, niebolesnem, przyczem dyskretnem. Zadaniem naszem jest jedynie określić wyższość, względnie niższość tego sposobu leczenia od sposobów pozostałych, odnośnie do osiąganych wyników leczniczych.

Ze środków używanych w leczeniu kiły, a zdatnych do tego rodzaju zastosowania, wybijają się w pierwszym rzędzie rtęć i te jej związki, które zamienione w parę, oswabadzają z siebie rtęć metaliczną. Z tych ostatnich najlepszym okazuje się cynober *(Hg sulfuratum rubrum)*, on bowiem, zamieniony w pare przez podgrzanie, rozkłada się na siarkę i pary rtęci metalicznej, która po oziębieniu osadza się w postaci drobnych kuleczek żywego srebra w drogach oddechowych. Stamtąd wchłania ją ustrój w postaci związków przyswajalnych.

W Klinice dermatologicznej U. J. stosowałem do tego rodzaju leczenia inhalator systemu Spuhla, sporządzony przez firmę Vitanowa A. G., w Berlinie-Wilmersdorf (z przedstawicielstwem na Polskę firmy Knapińskiego w Krakowie). Przyrząd ten składa się z części podstawowej i komina. Część podstawowa zawiera maszynkę spirytusową i umieszczoną nad nią miseczkę, w której umieścić można lek, mający ulec przemianie gazowej. Komin tworzy pionowo umieszczona na części podstawowej zwężająca się stopniowo rura, u szczytu wygięta ku poziomowi. U końca rury tkwi szklany cylinder, którym się ostatecznie pary rozgrzane wydobywają.

Po umieszczeniu odpowiedniej dawki leku w miseczce części podstawowej przyrządu, zapalamy maszynkę spirytusową. Kiedy komin jest już dobrze rozgrzany, sadza się chorego w ten sposób, aby jego usta znalazły się u wylotu komina przyrządu. Następnie poleca się choremu szeroko otworzyć usta i głęboko oddychać. Oczywiście, że cynober w postaci sproszkowanej nie nadaje się do użycia, albowiem podgrzany natychmiast całyby się spopielił. Do inhalacyj stosowałem pigułki przyrządzone w ten sposób i z takiej masy, by czas ich spopielania się odpowiadał czasowi przeznaczonemu na zabieg inhalacyjny, przy odpowiedniem nasileniu płomienia. O ile się bowiem pigułka spali za szybko, chory otrzymuje za małą ilość leku, gdyż cała rtęć w pigułce zamieszczona b. prędka uleci w postaci pary i chory wdycha potem jedynie rozgrzane powietrze z dodatkiem drażniących błony ślu-

zowe przetworów spalania się masy farmaceutycznej. O ile pigułka spali się za wolno, nie otrzyma chory w czasie na inhalację przeznaczonym odpowiedniej dawki leku.

Pigułki cynobrowe do zabiegów inhalacyjnych jakie stosowałem u chorych leczonych w Klinice dermatologicznej U. J., były wielkości orzecha tureckiego, ważyły po 3 gramy, a skład ich był następujący:

Rp.
Hydrargyri sulfurati rubri 25.—
Magnesiae ustae 5.—
Ferri pulverati 75.—
Massae pillutarum q. s., ut fiant pullilae Nr. L. (quinquaginta).

Żelazo wiąże wydobywającą się przy podgrzaniu siarkę w siarczek żelaza, a magnezja zobojętnia kwasy, jakie powstają z ogrzanej mięszaniny.

Określenie dawki leku, czasu jednorazowej inhalacji, częstości oraz ilości inhalacyj potrzebnych do uzyskania jak najlepszych wyników leczniczych z uwzględnieniem tolerancji chorego jest polem do badań naukowych. O wpływie systemu leczniczego opartego na wdychaniach rtęci na kliniczny i serologiczny przebieg kiły na podstawie własnych badań i doświadczeń innych autorów podałem szczegółowiej w „Przeglądzie Dermatologicznym“ [1]), gdzie też odsyłam czytelnika w sprawie szczegółów i odnośnego piśmiennictwa.

U chorych leczonych unormowałem dawkę leczniczą w ten sposób, że chorzy odbywali 3 — 4 inhalacje tygodniowo, które trwały zrazu 10, potem 15, aż do 20 minut. Każdy chory przebywał 20 — 25 inhalacyj, zależnie od wyników leczniczych. Dawka w każdej inhalacji wynosiła 2 pigułki, a ponieważ każda pigułka zawierała 0,5 cynobru, przeto jednorazowa dawka inhalacyjna wynosiła 1,0 cynobru. Na całe zatem leczenie przypadało około 20 — 25 g cynobru. W porównaniu z ilością rtęci podawanej w postaci wcierań, jest to ilość znacznie mniejsza; dodajmy nadto, że chory podczas inhalacji nie ogarnie swym oddechem ani połowy ilości par rtęciowych, wydostających się z inhalatora. A jednak dawka powyższa została wypośrodkowana jako przeciętna; już przy niej nawet zachodziły objawy silnego zatrucia rtęcią, jakie rzadziej i w mniejszym stopniu spotykamy w przebiegu leczenia zapomocą wcierań. Można sobie ten fakt różnie tłumaczyć; możliwe, że odgrywa tutaj ważką rolę okoliczność, iż przez wdychanie dostaje się pewna ilość rtęci wprost do krwi w stosunkowo b. krótkim przeciągu czasu; że zachodzi tu więc pewnego rodzaju *ictus therapeuticus,* w przeciwieństwie do leczenia wcieraniami lub wstrzykiwaniami domięśniowemi, gdzie rtęć wchłania się godzinami.

Zatrucia lżejsze wystąpiły u chorych leczonych w 50%, cięższe w 30% przypadków. Występowały one głównie w początku leczenia, a później już rzadziej. Można to tłumaczyć pewnem przyzwyczajeniem się organizmu do działania leku. W razie objawów zatrucia, należy leczenie przerwać aż do ich ustąpienia. Objawy, które miałem sposobność spostrzegać, były następujące, od lżejszych do najcięższych: Bóle głowy, ogólne osłabienie z przyśpieszeniem tętna, białkomicz, — obrzęk, wybroczyny i bolesność dziąseł, chwianie się zębów, wymioty, podniesiona ciepłota, dreszcze, drżenie kończyn i biegunki — czasem krwawe.

Oczywiście winno się, wobec energji takiego leczenia przestrzegać bezwzględnej czystości jamy ustnej i zębów, by tą drogą przeciwdziałać częściowo objawom zatrucia.

Wpływ takiego systemu leczniczego, jak miałem sposobność zaznaczyć w doniesieniu poprzedniem, był wybitny; kosztem mniejszej ilości podanego leku osiągnąć można wyniki lepsze niż większą ilością rtęci, stosowanej w formie wcierań. Oczywiście leczenie tego rodzaju winno się stosować indywidualnie, gdyż czasem tolerancja chorego idzie nam na rękę w kierunku uzyskiwania jak najlepszych wyników leczniczych. W najlepszych razach zaczynały ustępować zmiany kiłowe już po pierwszych inhalacjach. Wpływ na odczyn serologiczny krwi zaznaczał się już czasem po 5 — 7 inhalacjach.

Czy leczenie kiły wdychaniem par rtęci zastąpić może leczenie wcieraniami? Oczywiście, że tak. — Pominąwszy jego bezbolesność, dyskrecję i wygodę (zajmuje mało czasu i nie niszczy bielizny) można niem sporą ilość rtęci wprowadzić do ustroju. Wprawdzie sposób ten nie pozwoli nam również odmierzyć ściśle dawki leku, jaki przeznaczyliśmy choremu, bo nigdy nie wiemy, ile go chory wchłoni; możemy jednak dawkę tę wypośrodkować i utrzymać w tej samej wysokości w przebiegu całego leczenia, jeśli oznaczymy częstość i głębokość oddechu chorego, odległość ust od wylotu inhalatora, dawkę rtęci, skład istoty spajającej lek i wysokość płomienia lampki.

[1]) Reiss H.: „W sprawie leczenia kiły parami rtęci“. (Przegląd Dermatologiczny, Nr. 3, 1928).

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Międzynarodowa Liga przeciwko reumatyzmowi.

Biuro Naczelne: Holandja, Amsterdam, Keizersgracht 489.

Zarząd:

Dr. R. Fortescue Fox, Przewodniczący — Londyn.

Prof. Dr. Dietrich, Radca ministerjalny — Wiceprzewodniczący Berlin.

Dr. Henryk Forestier, Wiceprzewodniczący — Paryż.

Dr. J. van Breemen, Sekretarz honorowy i Dyrektor biura ekspertów w Amsterdamie.

Prof. I. Gunzburg, drugi Sekretarz – Antwerpja.

Statut.

Art. 1. Utworzona zostaje Międzynarodowa Liga przeciwko reumatyzmowi.

Art. 2. Międzynarodowa Liga przeciwko reumatyzmowi ma za zadanie:

1) Stworzyć łączność między narodowemi Komitetami lub innemi organizacjami w walce przeciwko reumatyzmowi w różnych krajach, skoordynować wysiłki tych Komitetów i ustalić łączność między międzynarodowemi organizacjami w wypadku, gdy chodzi o zwalczanie reumatyzmu.

2) Organizować konferencje naukowe i o charakterze społecznym, dotyczące reumatyzmu.

3) Przeprowadzać studja porównawcze nad reumatyzmem, doświadczalne, statystyczne i kliniczne.

4) Zorganizować międzynarodową statystykę, dotyczącą reumatyzmu.

5) Przyczyniać się do badań nad reumatyzmem w różnych krajach i rasach.

6) Zbierać informacje i udzielać te informacje Komitetom narodowym, Rządom i organizacjom we wszystkich kwestjach, dotyczących reumatyzmu.

Art. 3. Siedzibą Zarządu Międzynarodowej Ligi przeciwko reumatyzmowi będzie na przeciąg 10 lat Holandja.

Międzynarodowa Liga przeciw reumatyzmowi winna się zbierać co rok.

Art. 4. Międzynarodowa Liga przeciw reumatyzmowi składa się z członków zwyczajnych, doradczych, korespondujących i honorowych.

Członkowie doradczy, korespondujący i honorowi mianowani są przez członków zwyczajnych. Członkowie zwyczajni wybierani są przez Komitet Narodowy Kraju, który reprezentują.

Art. 5. Międzynarodowa Liga przeciw reumatyzmowi winna posiadać Urząd doradczy dla wszystkich kwestyj, dotyczących reumatyzmu ,naukowych i społecznych dla usługi każdego rządu, Komitetu narodowego przeciw reumatyzmowi i innych organizacyj, które pomagają urzędowi doradczemu i organizują bibljoteki, archiwa i t. p.

Sekretarzem Ligi Międzynarodowej przeciwko reumatyzmowi jest Dyrektor urzędu doradczego.

Art. 6. Sekretarz po konsultacji z Prezydentem winien przedłożyć członkom Międzynarodowej Ligi przeciwko reumatyzmowi i Komitetom Narodowym przeciw reumatyzmowi roczne sprawozdania.

Art. 7. Wydatki Komitetu i Urzędu doradczego mają być ponoszone przez subsydja ze strony Komitetów.

Art. 8. Kwestja używalności w obradach języka będzie zdecydowana zależnie od okoliczności.

Art. 9. Wszystkie punkty, niezałatwione w statucie, zostaną uregulowane dodatkowo.

Funkcje Ligi.

1) Zapoczątkować, jako władza centralna, międzynarodową kampanję przeciwko reumatyzmowi.

2) Wspomagać w utworzeniu komitetów narodowych w tym kierunku, jednakże nie w drodze ograniczenia swobody i działalności.

3) Przygotowywać i rozsyłać wiadomości ogólne, statystyczne, użytkując dla tego Archiwa Medycznej Hydrologji i innych wydawnictw.

4) Dążyć do lepszej klasyfikacji i nomenklatury chronicznych chorób reumatyzmu.

Wytyczne dla działalności Ligi.

1) Przeprowadzać praktyczne i statystyczne badania co do reumatyzmu w rozmaitych krajach, używając ten sam schemat, jaki używa Brytyjskie Ministerstwo Zdrowia.

2) Przeprowadzić studja naukowe, dotyczące zagadnienia reumatyzmu.

3) Zbadać wnioski, przedłożone Towarzystwom ubezpieczeniowym co do lepszego traktowania chorych ubezpieczonych.

4) Organizować drobne Komitety dla studjowania poszczególnych wypadków klinicznych w różnych krajach.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Prymarjusz Dr. Witold LIPIŃSKI. Lwów.

Sprawozdanie z działalności oddziału zakaźnego Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie za rok 1928.

W ciągu roku 1928 pozostawało w leczeniu na Oddziale zakaźnym Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie 1902 chorych zakaźnych.

Liczba dni leczenia wynosiła 40.682; na jednego chorego przypada zatem przeciętnie 21 dni leczenia. Zmarło 187 osób, w tem do 24 godzin od chwili przyjęcia na oddział, 44 chorych. Przeciętna śmiertelność wynosiła 7.6%. Wykonano sekcji naukowych w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. J. K. (dyrektor: Prof. Dr. Nowicki) 157.

Podobnie jak w latach ubiegłych naczelne miejsce pod względem ilości chorych zajmowała p ł o n i c a. Płonicy leczono 728 przypadków, w tem 41 powikłanych błonicą. Równoczesne zakażenie błonicą u płoniczych wynosiło zatem 5.6%. Na 687 przypadków płonicy zmarło 40, w tem 8 przd upływem 24 godzin od chwili przyjęcia na oddział. Śmiertelność przy płonicy wynosiła zaledwie 4.7%. Płonicy, powikłanej błonicą, leczono 42 przypadków, zmarło 16 osób w tem 4 do 24 godzin, co stanowi 32% śmiertelności. Znacznie wyższa śmiertelność u chorych płonicznych, zakażonych równocześnie błonicą, zasługuje na szczególne podkreślenie. Wszystkie te przypadki przyszły na oddział zakaźny ze znacznem opóźnieniem. Surowica przeciwbłonicza, podana dopiero na oddziale, nie mogła okazać w całej pełni działania leczniczego. Śmiertelność przy płonicy, niepowikłanej błonicą, wynosząca u nas zaledwie 4.7%, byłaby przypuszczalnie jeszcze mniejszą, gdyby chorych skierowano wcześniej na oddział zakaźny. Na 32 zmarłych po upływie 24 godzin przypada bowiem większość na przypadki, skierowane na oddział zakaźny dopiero z powodu ciężkich schorzeń wtórnych.

Surowicę przeciwpłoniczą podawano w każdym ciężkim przypadku. W przypadkach lekkich nie stosowano surowicy. Używano wyłącznie surowicę przeciwpłoniczą P. Z. H. w Warszawie w dawkach 10 ccm., wyjątkowo wyższych, dożylnie lub domięśniowo, prawie zawsze z bardzo dodatnim wynikiem. Podobnie jak w latach ubiegłych, surowica usuwała jedynie objawy pierwotnie toksyczne, nie wywierała żadnego wpływu na schorzenia wtórne. Brak spadku ciepłoty do 24 godzin od chwili podania surowicy wskazywał na schorzenia wtórne.

Surowicę przeciwpłoniczą stosowano w celach leczniczych w 238 przypadkach. Na podstawie zużytej surowicy możemy określić ilość przypadków ciężkich na około 30% leczonych na oddziale zakaźnym.

Ze schorzeń wtórnych do najczęstszych należało zajęcie gruczołów szyjnych. Leczono je zapobiegawczo. 37 razy zmuszeni byliśmy wykonywać nacięcie gruczołów zropiałych. Nakłucie błony bębenkowej wykonano w 33 przypadkach, antrotomię 10 razy, w tem 7 razy w przypadkach, przysłanych na oddział w okresach późniejszych. Wszystkie przypadki operacyjne zakończyły się pomyślnie.

Przy zmianach błonicowatych, umiejscowionych w jamie ustnej w pierwszych dniach płonicy, podawaliśmy doustnie ze znakomitym wynikiem „stovarsol" f. Spiessa. Działanie „stovarsolu" pod względem szybkości dorównywało domięśniowym wstrzykiwaniom neoarsenobenzolu, który stosowano dotychczas na oddziale. Miejscowo polecaliśmy płukanie jamy ustnej rozczynem „stovarsolu". Niepożądanych działań ubocznych przy ostrożnem stosowaniu „stovarsolu" nie spostrzegano.

Powikłania ze strony nerek były przeważnie lekkie i krótkotrwałe. Przy grożącej mocznicy wykonywano upusty krwi (w 21 przypadkach), przy utracie przytomności, drgawkach, wykonywano z doskonałym wynikiem nakłucie lędźwiowe (w 16 przypadkach).

Wrażliwość na zakażenie błonicą stwierdzano za pomocą odczynów S c h i c k a. Odczynów Schicka wykonywano na oddziale płoniczym 475. Osobniki z dodatnim Schickiem uodparniano anatoksyną błoniczą Ramona. W ten sposób uodporniono przeciw błonicy 237 osób.

Podobnie jak w latach ubiegłych wykonywano w pracowni bakterjologicznej oddziału zakaźnego systematyczne badania treści z gardzieli u chorych płoniczych na obecność łańcuszkowców hemolitycznych. Posiewów na płytkach krwawych wykonano 2118. Wyniki badań wskazują, że łańcuszkowce hemolityczne można wykazać w pierwszych dniach płonicy w 100% przypadków. Wyniki dodatnie zmniejszają się stopniowo w okresach późniejszych. Umieszczenie świeżego przypadku płonicy na wspólnej sali może dać powód do zakażenia łańcuszkowcami hemolitycznemi ozdrowieńców, u których kilkakrotne badania uprzednie nie wykazywały już obecności łańcuszkowców.

Obok badań bakterjologicznych w kierunku łańcuszkowców hemolitycznych, badano każdego chorego płonicznego w pierwszych dniach pobytu na oddziale i przed wypisaniem z oddziału na obecność prątków Löfflera. Posiewów treści z nosa i z gardła na zmodyfikowanej pożywce Costy wykonano w roku ubiegłym 4342. Osobników z dodatnim Löfflerem odosabniano. Ścisłe odosobnienie dało rychło bardzo korzystne wyniki, zauważono bowiem u chorych płoniczych stały spadek dodatnich wyników Löfflera, a to: z 11.6% w roku 1926 na 2.3% w roku 1928 (badania treści nosa) względnie spadek z 7.2% w roku 1926 na 1.5% w roku 1928 (badanie wydzieliny z gardzieli). Wyniki naszych badań przedstawiono w osobnej pracy na ostatnim zjeździe mikrobiologów i epidemjologów we Lwowie.

Niejednokrotnie napotykano na znaczne trudności rozpoznawcze u chorych, przysłanych na oddział z podejrzeniem płonicy. Atypowy przebieg choroby wskutek uprzedniego szczepienia ochronnego lub stosowania surowicy przeciwpłoniczej przed przyjściem na oddział w celach leczniczych lub zapobiegawczych, zmuszał niejednokrotnie do dłuższej obserwacji. W tych przypadkach bardzo cenne usługi oddało nam cytologiczne badanie krwi, obraz krwi podług Schillinga. Niejednokrotnie posługiwaliśmy się w celach rozpoznawczych objawem wygasania Schultz-Charltona.

Podobnie jak w latach poprzednich, wykonywano odczyn Dicków. W roku ubiegłym wykonano go u chorych płoniczych w 212 przypadkach. Łącznie z innemi badaniami oddawał on nam niekiedy cenne usługi przy ustalaniu rozpoznania.

W roku 1928 pozostawało w leczeniu naszem z powodu płonicy 68 osób szczepionych przeciw płonicy. Badania dokładne wykazały, że szczepienia były nieukończone. Często ograniczano się do jednego lub dwóch szczepień, wyjątkowo do trzech. Końcowych kontrolnych odczynów Dicka nie wykonywano. Tylko w jednym przypadku odczyn Dicków, wykonany przed rokiem, był ujemny. Przebieg u osób szczepionych był przeważnie lekki, często poronny.

Odczyn Dicków wykonano na oddziale błoniczym i odrowym w 132 przypadkach. Uodporniano anatoksyną płoniczą 36 osób. Dzięki stosowaniu szczepień ochronnych, biernych i czynnych, nie mieliśmy na oddziałach błoniczym i odrowym ani jednego przypadku zakażenia płonicą. Spostrzeżenia nasze umacniają nas w stanowisku, jakie zajmowaliśmy stale w sprawie szczepień ochronych przeciw płonicy.

B ł o n i c y n o s a, g a r d ł a i k r t a n i leczono w roku ubiegłym 113 przypadków. Zmarło 16 osób, w tem 5 do 24 godzin. Śmiertelność wynosiła zatem 10%, podobnie jak w zeszłym roku. Przyczyny zejścia śmiertelnego należy szukać w porażeniu mięśnia sercowego wskutek podania surowicy zbyt późno. Na oddział zakaźny dostawały się niejednokrotnie przypadki nierozpoznane. Podanie surowicy na oddziale na 5-ty dzień choroby a nawet później, mimo znacznych dawek, stosowanych dożylnie, nie mogło naszych chorych uchronić od śmierci. Śmiertelność przy błonicy,zachodząca na naszym oddziale, jakkolwiek znaczna, jest jednak niższą, niż na innych odziałach zakaźnych. Porównanie z oddziałem zakaźnym Szpitala Virchowa w Berlinie za lata ostatnie daje wyniki następujące:

	Berlin	Lwów
1926	17.4%	13.9%
1927	12.8%	10%
1928	16.4%	10%

Jeszcze korzystniej wypadnie zestawienie dla oddziału lwowskiego, jeśli przyjrzymy się bliżej zmarłym w szpitalu berlińskim. Na 100 osób zmarłych na błonicę w szpitalu Virchowa 17 przy-

pada na przypadki, przywiezione na oddział w pierwszym dniu choroby, a 77 na przypadki, które przyszły na oddział drugiego do trzeciego dnia od chwili zachorowania na błonicę (podług Deichera[1]). Na oddziale zakaźnym lwowskim nie straciliśmy dotychczas ani jednego przypadku, przywiezionego nawet w trzecim dniu zachorowania. Udało się ocalić kilku chorych, u których surowicę przeciwbłoniczą podano dopiero na 5-ty dzień zachorowania. Nasuwa się tutaj szereg krytycznych uwag. Niewątpliwie przebieg błonicy jest znacznie cięższym w Berlinie; t. zw. błonica septyczna, nie dająca się opanować nawet olbrzymimi dawkami surowicy przeciwbłoniczej, zachodzi u nas chyba wyjątkowo. Nasuwa się jednak uzasadnione podejrzenie, że znaczny procent śmiertelności przy błonicy w Berlinie spowodowany jest nietylko wyjątkową zjadliwością prątka Löfflera, ale równoczesnem zakażeniem łańcuszkowcami, które mają nieraz rozstrzygające znaczenie. Zdają się za tem przemawiać wyniki, otrzymane przez Finkelsteina i Königsbergera, którzy uzyskali znaczne zmniejszenie śmiertelności przy błonicy przez równoczesne podanie oprócz surowicy przeciwbłoniczej wieloważnej surowicy przeciwłańcuszkowcowej.

Surowicy przeciwbłoniczej zużyto w zeszłym roku na oddziale zakaźnym:

po 1000 jednostek odpornościowych 5 ampułek, po 2000 jednostek odpornościowych 105 ampułek, po 3000 jednostek odpornościowych 138 ampułek, po 4000 jednostek odpornościowych 172 ampułek, po 5000 jednostek odpornościowych 125 ampułek, po 6000 jednostek odpornościowych 46 ampułek, po 10000 jednostek odpornościowych 2 ampułki.

Róży leczono w roku zeszłym 281 przypadków. Zmarło 18 osób, w tem 4 do 24 godzin. Śmiertelność wynosiła zatem 5%. Róża, zwłaszcza umiejscowiona na twarzy, dawała niejednokrotnie obraz ciężkiego schorzenia. Posiadała skłonność do posuwania się, wywoływała nacieki, zmuszające do zabiegów operacyjnych. Poza obojętnemi okładami miejscowemi i środkami nasercowemi, stosowano leczenie wstrząsowe, dodając domięśniowo mleko w ilości do 10 ccm. Mleko podawano kilkakrotnie. Wstrzykiwań mleka wykonano 389. W znacznym procencie przypadków osiągano korzystne wyniki lecznicze. W dwie godziny po podaniu mleka przychodziło wśród dreszczy do zwyżki ciepłoty. Ciepłota spadała krytycznie w kilkanaście godzin, przyczem skóra bladła, róża cofała się. Niejednokrotnie wynik był przemijający, zmuszał nas do ponownego podania mleka. Autohaemoterapję stosowano 38 razy, w pojedynczych przypadkach podawano surowicę przeciwpłoniczą. Działanie jej było niestałe.

Duru brzusznego leczono w roku ubiegłym 109 przypadków. Zmarło 17 osób w tem jedna do 24 godzin. Śmiertelność wynosiła 14.8%. Wszystkie przypadki duru brzusznego, za wyjątkiem kilku u dzieci, były bardzo ciężkie, powikłane przeważnie już wcześnie zapaleniem oskrzeli i płuc, zajęciem narządu krążenia. Krwotoki jelitowe były częste. W jednym przypadku wczesne rozpoznanie pęknięcia wrzodu jelitowego nie zdołało chorej ocalić,mimo natychmiastowej laparotomji. Zmarła do 24 godzin po operacji. Stale wznoszący się procent śmiertelności przy durze brzusznym wskazuje na zwiększoną zjadliwość prątka Ebertha.

W szerokim zakresie stosowano ochronne szczepienie przeciwdurowe metodą Besredki. Uodparniano systematycznie co roku szczepionką P. Z. H. w Warszawie drogą doustną lekarzy i personal sanitarny, pozostający w bezpośredniej styczności z chorym durowym. Uodporniono 78 osób. Żadnych nieprzyjemnych działań ubocznych przy podawaniu szczepionki przeciwdurowej nie spostrzegano. Z osób szczepionych zapadła na dur brzuszny jedna pielęgniarka. Przebieg był niezwykle łagodny, ambulatoryjny, nie spotykany zazwyczaj u dorosłych.

Duru wysypkowego pozostawało w leczeniu oddziału zakaźnego 23 przypadków. Przebieg był przeważnie średnio ciężki. Wszystkie przypadki opuściły szpital wyleczone. Poza środkami nasercowemi, stosowanemi wcześnie, nie podawano żadnych leków. Surowicy przeciwdurowej, która już w zeszłym roku okazała się zupełnie bezwartościową, nie stosowano zupełnie.

Czerwonki leczono 42 przypadki. Zmarły 3 osoby, przybyłe na oddział w stanie daleko posuniętego wyniszczenia. Śmiertelność wynosiła 7.1%. Nawet w przypadkach klinicznie bardzo ciężkich dodatni wynik hodowli prątków czerwonkowych z kału należał do wyjątku. Dwa razy wyhodowano prątki czerwonkowe typu Shiga-Kruse, raz typ Flexnera. Stosowano surowicę przeciwczerwonkową P. Z. H. w Warszawie, najchętniej jednorazowo, w dawkach do 50 ccm domięśniowo. Wyniki były tem lepsze, im wcześniej podano surowicę.

Odry leczono w zeszłym roku 88 przypadków. Zmarła jedna osoba, pięcio-letnie dziecko, u którego na stole sekcyjnym stwierdzono pozatem gruźlicę prosówkową. Śmiertelność wynosiła zatem 1.1%, przy 4% w roku 1928, a 12.4% w roku 1927. U uzdrowieńców po odrze, na 10-ty dzień po spadku ciepłoty, pobierano krew celem uzyskania surowicy ochronnej Degkwitza. Krew pobierano wyłącznie u dorosłych, po wykluczeniu kiły i gruźlicy, u których dalszy przebieg po spadku ciepłoty był wolny od powikłań. W ciągu roku 1928 pobrano krew u 23 uzdrowieńców poodrowych. Surowicę Degkwitza stosowano zapobiegawczo na oddziałach płoniczych w 150 przypadkach. Działanie jej było wybitne, chroniło przed odrą w 80% przypadków. Niejednokrotnie spostrzegano przedłużenie okresu wylęgania oraz złagodzenie objawów chorobowych Odra występowała niekiedy w postaci poronnej. Nawet poronne formy odry posiadały znaczną zdolność zakażania.

Nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych leczono 51 przypadków. Zmarło 15 osób, w tem 4 do 24 godzin. Przeciętna śmiertelność wynosiła zatem 23.4%.

Leczenie polegało na wykonywaniu nakłuć lędźwiowych, wyjątkowo podpotylicznych, na podawaniu dolędźwiowem wieloważnej surowicy przeciwmeningokokowej, na stosowaniu domięśniowem szczepionki meningokokowej i dożylnem wlewaniu 40% urotropiny.

Nakłucie lędźwiowe wykonywano natychmiast po przyjściu chorego na oddział, przyczem samemu już nakłuciu mogliśmy przypisać wybitny wpływ leczniczy. Rozpoznanie ustalano na podstawie badania preparatu mikroskopowego i hodowli płynu. Bardzo celowem okazało się przechowywanie pobranego płynu mózgowo-rdzeniowego w cieplarce przez kilkanaście godzin. Meningokoki ulegały tam szybko rozmnożeniu, umożliwiając rozpoznanie w przypadkach, przysłanych późno na oddział, bakterjologicznie początkowo ujemnych. Najlepszym sposobem konserwacji meningokoków okazała się hodowla na buljonie cukrowym (1% cukru gronowego) z dodatkiem płynu puchlinowego, którego warstwę zalewano wyjałowioną parafiną. Sposób hodowania meningokoków w warunkach mikroaërofilnych, referowany na Zjeździe lekarzy i przyrodników w Warszawie w roku 1925, na podstawie badań wykonanych przeze mnie w Instytucie prof. Nowaka w Krakowie, oddawał nam duże usługi przy konserwacji szczepów dla celów wyrobu szczepionki. Wyhodowane meningokoki okazały się typu B.

Surowicę wieloważną meningokokową wyrobu P. Z. H. w Warszawie stosowano dolędźwiowo. Wlewania wykonywano w pierwszych przypadkach początkowo co drugi dzień — później okazało się korzystniejszem podawanie surowicy codziennie. Ilość jednorazowo podanej surowicy wynosiła przeciętnie 20 ccm u dorosłego. Wlewań uskuteczniano przeważnie 10, zależnie od stanu chorego. Szereg przypadków, przysłanych w pierwszych dniach choroby, po zastosowaniu leczenia swoistego, był klinicznie do 14 dni wyleczony. Szczepionkę przeciwmeningokokową wieloważną stosowano obok surowicy chętnie w przypadkach opornych na leczenie, przysłanych na oddział w późniejszych okresach choroby.

40% roztwór urotropiny stosowano dożylnie kilkakrotnie w każdym przypadku, klinicznie ciężkim, obok wspomnianego wyżej leczenia, zwłaszcza, gdy płyn wyjaśniał się powoli.

Wyniki lecznicze, uzyskane na oddziale zakaźnym, należy uważać za bardzo korzystne. Na wyszczególnienie zasługują przedewszystkiem przypadki w wieku do 12 miesięcy, u których śmiertelność, dochodząca u wszystkich klinicystów prawie do 100%, wynosi na oddziale naszym 37.5%. Śmiertelność spada z wiekiem u chorych do lat 10. U chorych powyżej lat 10 jest większą. Przypadki, które zakończyły się zejściem śmiertelnem, przysłano na oddział w późnych okresach choroby.

Oględziny pośmiertne wykazały zmiany daleko posunięte pod postacią znacznego wodogłowia i następowego rozszerzenia komór mózgowych.

Zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych pochodzenia łańcuszkowcowego leczono 3 przypadki. Jeden zmarł do 24 godzin, dwie osoby opuściły oddział wyleczone. Leczono wieloważną surowicą przeciwłańcuszkowcową, podawaną kilkakrotnie dolędźwiowo i swoistą szczepionką, stosowaną podskórnie.

Gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych było w leczeniu 23 przypadki. Zmarło 20 osób, w tem dwie do 24 godzin.

---

[1]) H. Deicher: Behandlung und Verhütung von Masern, Scharlach u. Diphtherie. Urban-Schwarzenberg, 1928.

Wykaz badań, wykonanych w pracowni bakterjologicznej oddziału zakaźnego

	Kał			Mocz				Krew											
	Wykonano																		
													Aglutynacyjnych						
	Ogółem	Bakterjolog.	Mikroskop.	Ogółem	Bakterjolog.	Mikroskopow.	Chemiczn.	Ogółem	Bakterjolog.	Mikroskop.	Cytologiczn.	Chemicz. ilość	Z prątk. duru brzusznego	Z prąt. para A.	Z prąt. para B.	Weil-Felixa	Z prątk. shigi Krusego	Z prątk. Flexnera	
Styczeń	141	12	129	50	—	25	25	711	84	28	28	4	40	—	40	40	—	—	
Luty	232	34	198	72	—	36	36	569	58	58	56	—	29	—	38	29	2	2	
Marzec	119	25	94	99	—	49	50	698	83	46	45	—	37	—	30	37	2	2	
Kwiecień	57	13	44	65	—	33	32	586	70	44	44	—	39	—	39	47	—	—	
Maj	109	15	94	121	1	59	61	507	59	38	38	—	27	—	27	27	—	—	
Czerwiec	72	22	50	108	—	54	54	536	69	77	77	—	29	—	31	31	—	—	
Lipiec	60	25	35	98	—	49	49	690	103	52	52	—	49	—	49	52	—	—	
Sierpień	103	43	60	93	1	46	46	655	86	73	72	—	40	—	40	40	3	3	
Wrzesień	121	43	78	132	—	66	66	526	63	61	58	—	33	—	33	33	1	1	
Październik	137	31	106	172	2	85	85	546	69	65	63	—	31	—	31	31	—	—	
Listopad	97	15	82	180	—	90	90	338	34	62	62	—	16	—	16	16	—	—	
Grudzień	63	11	52	147	1	73	73	333	38	70	69	—	19	—	19	19	—	—	
	1311	289	1022	1337	5	665	667	6695	816	674	664	4	389	—	393	402	8	8	

W ą g l i k s k ó r n y, ustalony za pomocą hodowli i doświadczeniem na myszkach białych, pozostawał w leczeniu na oddziale zakaźnym w 11 przypadkach. Umiejscowiony był na twarzy, przedramieniu, dawał nieraz ogniska wielokrotne. Wszystkie przypadki opuściły oddział wyleczone. Wyniki lecznicze naszego oddziału przewyższają najlepsze statystyki światowe (podług Jacobsohna 30% śmiertelności przy wągliku skórnym). Stosowano podobnie jak w latach ubiegłych Neoarsenobenzol. Podawano go w każdym przypadku kilkakrotnie, dożylnie, w odstępach kilkudniowych. Wąglik jelitowy rozpoznano na oddziale w jednym przypadku. Chory zmarł do 24 godzin. Sekcja pośmiertna potwierdziła rozpoznanie.

G r y p y leczono 63 przypadki. Przebieg był przeważnie średnio-ciężki, często lekki. Z powikłań występowało zapalenie stawów. Wszyscy chorzy opuścili oddział wyleczeni.

Encephalitis lethargica leczono w roku ubiegłym 2 przypadki. Chory opuścił szpital wyleczony.

W o d o w s t r ę t u *(Lyssa)* przywieziono na oddział zakaźny 6 przypadków. Wszystkie zmarły, w tem troje osób do 24 godzin.

K r z t u s i e c rozpoznawano w 10-ciu przypadkach. Zmarło dwoje dzieci, w tem jedno do 24 godzin. W trzech przypadkach ciężkich stosowano surowicę przeciwkrztuścową Bordeta z Instytutu Pasteurowskiego w Brukseli z doskonałym wynikiem.

B i a ł a c z k ę s z p i k o w ą, w tem raz powikłaną noma, leczono trzykrotnie. Wszyscy chorzy zmarli.

Z a p a l e n i a p r z y u s z n i c y *(Parotitis epidemica)* leczono 25 przypadków. Kilkakrotnie występowało powikłanie ze strony jądra. Wszyscy chorzy opuścili szpital wyleczeni.

Z a p a l e n i a u s t w r z o d z i e j ą c e g o *(Stomatitis ulcerosa)* i z a p a l e n i a g a r d ł a typu Plaut-Vincenti leczono 41 przypadków. Podawano doustnie „stovarsol", otrzymując bardzo korzystne wyniki.

W i a t r ó w k i ciężkiej, powikłanej zapaleniem nerek, leczono 6 przypadków. Dwa przypadki z równoczesnem ciężkiem zapaleniem płuc zmarły.

T ę ż e c leczono w 19 przypadkach. Zmarło 6 osób, w tem 5 do 24 godzin. Śmiertelność wynosiła zatem 7.1%.

P o s o c z n i c y p o ł o g o w e j leczono 9 przypadków. Zmarło 5 osób, w tem jedna do 24 godzin. Leczono szczepionkami swoistemi.

Reszta przypadków przypada na gruźlicę płuc (14), zapalenie oskrzeli (29), płuc (39), nerek (25), nieżyt jelit i t. d.

Podobnie jak w latach ubiegłych, oddział zakaźny był i w roku zeszłym w ścisłym kontakcie z kierownikiem działu zakaźnego Miejskiego Urzędu Zdrowia, p. Dr. Dammem. Czujność, szybka orjentacja i fachowe doświadczenie p. Dr. Damma umożliwiło niejednokrotnie opanowanie wybuchu epidemji w mieście, która, wobec niekorzystnych warunków higjenicznych, mogła niekiedy przybrać poważniejsze rozmiary.

Prymarjusz oddziału zakaźnego uczestniczył stale w posiedzeniach Miejskiej Komisji Zdrowotnej, zaznajamiając się przytem ze stosunkami sanitarnymi w mieście.

Dzięki inicjatywie naczelnego lekarza miejskiego p. Dr. D o l i ń s k i e g o, urządzono w roku zeszłym poraz pierwszy kursa dokształcające dla lekarzy miejskich i samorządowych. W kursach tych, obejmujących całokształt zagadnień, interesujących lekarzy sanitarnych i lekarzy praktyków, a kierowanych przez fizykat umiejętnie i sprężyście, brał również udział oddział zakaźny. Na materjale oddziału zakaźnego prymarjusz zapoznał uczestników kursu z kliniką chorób zakaźnych, podkreślając w 20 godzinach wykładów ostatnie zdobycze na polu zakaźnictwa. Kursa zgromadziły blizko 60 uczestników, w tem znaczną ilość z poza Lwowa, uczęszczane były pilnie, przyczem uczestnicy wyrazili życzenie na ręce Zarządu, aby kursa dokształcające odbywały się systematycznie co roku.

Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie w ciągu roku 1928.

Krew: Odczyn Wassermanna: Z surowicą czynną	Krew: Odczyn Wassermanna: Z surowicą nieczynną	Krew: Odczyn Wassermanna: Z płynami przesiękow.	Krew: Odczyn zmętnienia Meinickiego	Płyn mózgo-rdzeniowy: Ogółem	Płyn mózgo-rdzeniowy: Bakterjolog.	Płyn mózgo-rdzeniowy: Mikroskop.	Płyn mózgo-rdzeniowy: Chemiczn.	Płyn mózgo-rdzeniowy: Odczyn Wassermann.	Wydzielina z gardła i nosa: Ogółem	Wydzielina z gardła i nosa: Hodowle: Na prątki Löfflera	Wydzielina z gardła i nosa: Hodowle: Łańcuszkowce krwiobójcze	Wydzielina z gardła i nosa: Mikroskop.	Plwocina: Ogółem	Plwocina: Mikroskop.	Ropa i wysięki zapalne: Ogółem	Ropa i wysięki zapalne: Bakterjolog.	Ropa i wysięki zapalne: Mikroskop.	Próba aparatu dezynfekc.: Z Bac. Subtil.	Pobr. surow. u ozdrow.: U ozdrow. odrowych	Ogółem przysłano próbek	Ogółem wykonano badań
149	149	—	149	74	18	36	17	3	912	690	219	3	7	7	15	5	10	1	1	1150	1912
133	132	—	132	67	16	31	16	4	534	337	187	10	5	5	12	4	8	2	1	1020	1494
151	151	—	151	38	9	18	9	2	502	325	175	2	8	8	18	6	12	3	1	1008	1486
101	101	—	101	279	76	121	76	9	371	278	79	14	10	10	31	13	18	4	1	918	1404
97	97	—	97	598	199	200	199	—	451	309	133	9	8	8	42	19	23	3	1	1017	1840
110	115	1	145	245	82	82	81	—	685	377	306	2	5	5	6	6	—	3	1	1118	1661
111	111	—	111	83	24	35	24	—	445	234	134	77	3	3	11	4	7	2	2	871	1394
98	98	—	102	63	15	30	15	3	463	309	154	—	16	16	3	1	2	2	8	951	1406
81	81	—	81	41	10	20	10	1	526	359	164	3	7	7	3	1	2	3	1	966	1360
85	85	1	85	108	26	52	29	1	683	454	229	—	8	8	9	3	6	2	4	1209	1669
45	45	—	42	66	16	32	16	2	479	316	163	—	2	2	9	3	6	3	1	862	1175
32	32	—	32	91	24	41	24	2	529	354	175	—	6	6	24	8	16	5	1	879	1199
1193	1197	2	1228	1753	515	698	516	24	6580	4342	2118	120	85	85	183	73	110	33	23	11969	18000

S p r a w o z d a n i e z d z i a ł a l n o ś c i n a u k o w e j o d d z i a ł u: W ciągu roku pojawiły się następujące prace naukowe: 1) Prym. L i p i ń s k i: Badania nad wpływem pasorzytów przewodu pokarmowego na ustrój ludzki oraz nowe drogi zwalczania choroby robaczej — Polska Gazeta Lekarska, rok 1928, Nr. 25. 2) Djagnostyka różniczkowa prątka Löfflera a grup rzekomobłoniczych przy pomocy zmodyfikowanej pożywki Costy — Polska Gazeta Lekarska, rok 1928, Nr. 50 (ogłoszona wspólnie z Dr. S t ü t z e m. 3) Sprawozdanie z działalności oddziału zakaźnego Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie, za rok 1927. Polska Gazeta Lekarska rok 1928 Nr. 19. 4) Dr. Rudolf G a c a ł: Przypadek posocznicy pneumokokowej, powikłany zapaleniem opon mózgowo - rdzeniowych. Polska Gazeta Lekarska, 1928 r. Nr. 29/30.

W Towarzystwie Lekarskiem Lwowskiem i na Kółku Naukowem Lekarzy szpitalnych przedstawiono szereg przypadków i wygłoszono kilka wykładów teoretycznych i klinicznych.

Żywy udział brał oddział zakaźny w II Zjeździe Mikrobiologów i Epidemjologów Polskich, który się odbył w dniach 3 i 4 listopada ubiegłego roku we Lwowie. Wygłoszono następujące referaty:

Prym. L i p i ń s k i: 1) Nowoczesne leczenie wąglika na podstawie własnych spostrzeżeń, 2) Przyczynek do kliniki i leczenia nagminnego zapalenia opon mózgowo - rdzeniowych, 3) Odczyn Wassermanna z surowicą czynną i unieczynnioną, a odczyn zmętnienia Meinickego (wspólnie z Dr. B a l i k ó w n ą), 4) Dalsze badania nad wpływem pasorzytów na ustrój ludzki, 5) L i p i ń s k i - S t ü t z: Djagnostyka różniczkowa prątka Löfflera a grup rzekomobłoniczych przy pomocy zmodyfikowanej pożywki Costy, 6) A p p e r m a n ó w n a - L i e b e s m a n n: Występowanie paciorkowców hemolitycznych w poszczególnych okresach płonicy na podstawie spostrzeżeń Lwowskiego Oddziału Zakaźnego.

S p r a w o z d a n i e z d z i a ł a l n o ś c i p r a c o w n i b a k t e r j o l o g i c z n e j o d d z i a ł u z a k a ź n e g o.

Pracownia bakterjologiczna oddziału zakaźnego wykonała w roku ubiegłym 18.000 badań bakterjologicznych, serologicznych i klinicznych, nie licząc badań podręcznych, wykonanych na poszczególnych oddziałach. Jak wykazuje zestawienie szczegółowe, wykonano badań krwi 6695, w tem 816 posiewów, 674 mikroskopowych, 664 cytologicznych, i 4 badania chemiczne krwi. Badań serologicznych krwi wykonano: Odczynów Gruber - Widala z prątkiem duru brzusznego 389, duru rzekomego 393, z prątkami czerwonkowymi typu Shiga - Kruse, Flexnera (16), odczynów Weil-Felixa 402. Stacja Wassermannowska wykonała odczynów Wassermanna z surowicą krwi, z płynami przesiękowymi i mózgowordzeniowymi 2416. Równocześnie z odczynem Wassermanna wykonywano stale odczyn zmętnienia Meinickego (M. T. R.) w 1228 przypadkach, uzyskując zgodność odczynu zmętnienia z klasycznym Wassermannem w 93.5%.

Badania bakterjologiczne wydzieliny z gardła i nosa wykonano 6580 razy. Podobnie jak w latach ubiegłych, każdy chory płoniczy badany był zaraz po przyjściu na oddział i przed wypisaniem ze szpitala na obecność prątków błoniczych.

Posiewów na zmodyfikowanej pożywce Costy wykonano 4342, Pożywka okazała się bardzo praktyczną i umożliwiała szybkie rozpoznanie do 24 godzin. Posiewów na płytkach krwawych wykonano 2118, używając z dobrym wynikiem, zamiast polecanej krwi królika, odwłóknionej krwi baraniej.

Badań kału wykonano 1311, w tem 289 bakterjologicznych, 1022 mikroskopowych, moczu: chemicznych, mikroskopowych i bakterjologicznych 342. Płyn mózgo - rdzeniowy badano 1753 razy, w tem 515 bakterjologicznie, 698 mikroskopowo. 516 chemicznie, 24 serologicznie.

Ropę i wysięki zapalne badano 183 razy, w tem mikroskopowo 110, bakterjologicznie 73.

Od ozdrowieńców poodrowych pobierano krew celem otrzymania surowicy Dekgwitza w 23 przypadkach. Każdorazowe ba-

danie na jałowość przed wydaniem surowicy wykonywała pracownia bakterjologiczna.

Aparat „Vacuform" typu U. D. S. dla dezynfekcji parą formalinowo-wodną, o temperaturze 60 — 65° C i próżni 60 — 65 cm słupa rtęci, pozostawał pod stałą kontrolą pracowni bakterjologicznej. Kontrole wykonywano co 14 dni.

Poza oddziałem zakaźnym korzystały z pracowni inne oddziały szpitalne, jak wewnętrzny I i II, chirurgiczny i dziecięcy.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

H. Higier: *Lekarz a lecznictwo. (Hypochondria iatrogenetica).* Warszawa, str. 32, r. 1929.

Higier kreśli rosnącą wśród lekarzy po wojnie wszechświatowej polypragmazję i bezkrytyczność zarówno w technice badania, metodyce leczenia i wnioskowania terapeutycznego, częściowo jako skutek komercjalizacji i reklamiarstwa farmacji nowoczesnej, częściowo jako reakcja przeciw panującemu dawniej sceptycyzmowi i nihilizmowi w lecznictwie.

Higier zwraca uwagę na liczne postacie hypochondrji, które się obserwuje coraz częściej w praktyce prywatnej i szpitalnej. Odmiana ta hypochondrji zasługuje przez to na uwagę i omówienie, że lekarz ów przedstawiciel sztuki Eskulapa, nieświadomie i niechcąco staje się czynnikiem patogenetycznym, *agent provocateur de la maladie,* słowem istnym chorobotwórcą *(Hypochondria medicogenetica).* Ma to miejsce zwłaszcza, gdy lekarz rozpoznaje bez ważkich podstaw chorobę poważną, stawia prognozę ciężką, obarcza niezamożnego nieprzystępną dlań terapją.

Niektórzy lekarze posiadają sztukę zamaskowania swojej ignorancji djagnostycznej popularnym, a zbędnym i szkodliwym wykładem ad hoc przy łóżku chorego spreparowanym, a tłomaczącym niepotrzebnie istotę i podłoże oraz szczegóły anatomopatologiczne choroby, inni potrafią w mig swoją pseudonaukową interpretacją objawów pchnąć kandydata do neuropatji w kierunku *taedium vitae* a nawet *tentamen suicidii.*

Jako paradygmaty i przykłady częstych postaci hypochondrji iatrogennej Higier przytacza obserwowane przez się: 1) *Hypochondria pseudosyphilitica i pseudotuberculosa,* którą lekarz sztucznie wyhodowuje u osobników z przebytą lub domniemaną kiłą lub gruźlicą przez ciągłe opukiwanie i wysłuchiwanie, prześwietlanie i badanie krwi, plwociny i płynu mózgo-rdzeniowego. 2) *H. arteriosclerotica,* gdzie każdy podejrzany ton lub szmer, byle senzację w klatce lub ból w ręku, chwilową duszność lub zawrót bez uzasadnienia rozpoznaje się jako presklerozę, jako stwardnienie tętnic i w tym też duchu suggestjonuje się od pierwszej chwili chorego. 3) *H. hypertonica,* gdzie latami się mierzy ciśnienie, byle uchylenie i wahanie w parciu krwi fizjologicznem w jedną lub drugą stronę się notuje, by wyprowadzić z równowagi psychicznej mało wtajemniczonego nerwowca. 4) *H. metabolica, s. diathetica,* która wynika z powierzchownego zrozumienia istoty metabolizmu, zaburzeń w przemianach materji konstytucjonalnych i wrodzonych (otyłość, artretyzm) a podtrzymywana jest nieświadomie przez nierozumiejącego swoją rolę lekarza. 5) *H. analytica,* którą lekarz kultywuje przez zbędne a nieprzerwane analizy moczu i innych wydzielin i wydalin, nad któremi pacjent ślęczy, studjując w kolejnym porządku ślady białka i substancyj redukujących, moczanów i szczawianów, piasku i śluzu, ilość nikłą leukocytów i plemników. 6) *H. diaetetica,* gdzie lekarz zaleca pro forma i niepotrzebnie najściślejsze, drogie, tu i ówdzie zbędne i ciężko wykonalne przepisy dietetyczne, a pacjent przemyśliwa i rozpacza nad drobnemi odstępstwami (czarne mięso, filiżanka kawy lub rosołu, jajko lub szparagi, papieros lub łyk piwa), w których gotów jest widzieć podstawową przyczynę wszelkich anomalij fizycznych i psychicznych. 7) *H. balneoclimatica,* przy której niezamożny pacjent uczy się zupełnie niedoceniać *vis medicartix naturae,* swojskie i krajowe źródła lecznicze zasadniczo postponować (góry, lasy, zdroje, uzdrowiska, kąpiele rzeczne i mineralne) i ze strony lekarza sugerowany marzyć i śnić ciągle o zagranicznych badach i kurortach (Meran, Nauheim, Biarritz, Vichy, Semering, Montecattini). 8) *H. sexualis,* przy której lekarz minimalny wyciek śluzu, pollucję, wytrysk przedwczesny, chłód płciowy lub impotencję przypisywać usiłuje dawno zapomnianemu na ławie szkolnej wykonywanemu onanizmowi, lub dawno przebrzmiałej rzerzączce, gdzie lekarz miesiącami męczy zabiegami miejscowemi cewkę tylną, masuje prostatę, elektryzuje krocze, a nawet kauteryzuje wielokrotnie Bogu ducha winny *colliculus seminalis,* zamiast wypalić chorobliwy kierunek myśli u pacjenta i u siebie. 9) *H. matrimonialis,* gdzie lekarz zasadniczo i kategorycznie potępia pod każdą postacią i we wszelkich warunkach społecznych *coitus reservatus, interruptus, condomnatus* i system dwupotomkowy, podkreślając na każdym kroku, w każdym przypadku, wszędzie i zawsze (u małżeństw cierpiących nędzę, małżeństw dotąd zdrowych i znoszących anormalny stosunek płciowy bezkarnie (ciężki i zabójczy)(?) wpływ chorobotwórczy tego systemu, tam, gdzie on do czasu wizytacji lekarza żadnej nie odgrywał roli. 10) *H. roentgenica,* najbardziej modna odmiana hypochondrji, przy której zdezorjentowany pacjent co tydzień zmienia gabinet rentgenologa, a każdy z tych ostatnich w inny sposób ozdabia swój wykład popularny o budowie szczytów i zwapiałych gruczołów wnękowych, o wymiarach serca i dwudzielności żołądka, o zatarciu siodełka tureckiego, sylwetce kręgów i właściwościach promieni katodalnych, w ogóle, aż zrozpaczony i wyczerpany pacjent, objuczony tuzinem radjogramów dowiaduje się, że zmiany rentgenowskie są drobne i bez znaczenia, że ropienia guza, owrzodzenia i zniszczenia nie widzi się, lecz ciężką hypochondrję, umiejętnie na podatnym gruncie przez jednego lekarza zaszczepioną, a przez innych podtrzymywaną. 11) *H. endemica s. sanatorialis,* którą należałoby ze znakomitym powieściopisarzem T. Mannem, który ją obserwował w sanatorjum Zauberberg, nazwać Zauberbergkrankheit. Cały, w tym duchu nastawiony régime i polypragmazja uzdrowiska, ciągłe badania i przepisywania zabiegów, całe otoczenie i tryb życia, milieu, zachowanie lekarzy i pielęgniarzy, tworzą stałą atmosferę choroby i przygnębienia, zamiast zdrowia i pogodności ducha, podtrzymując w pensjonarzach wiarę w chorobę i tworząc podścielisko dla hypochondrji masowej. Jednoczesne zalecanie mnogich leków *(subcutan, peroral, intraveneuse, intralumbal)* i licznych zabiegów (kwarc, sollux, rentgen, masaż, elektryzacja, kąpiele) nie zawsze pomaga i jest celowe.

Prawdą jest, że lekarzem trzeba się urodzić, że *medicus non fit sed nascitur,* że nie każdy lekarz naukowo myślący i sumiennie rękoczyny wykonywujący, jest eo ipso dobrym praktykiem. Mimo to każdego lekarza nawet złego, obowiązują zasady niepogarszania stanu chorego wmyśl starych aforyzmów: Dum spiro, spero, oraz Primum non nocere.

Niepewna i nieokreślona diagnoza raczej przy lekarzu zostać, jak nerwowo usposobionemu osobnikowi ujawnioną być winna.

Każda kuracja winna być stopniowo wprowadzona i wyłączona. Sposób systemu „artystyczno-niedyscyplinowany" (Bleuler) zapomina często, że według słusznego mniemania Naunyna jednakowo ważną jest w przeprowadzeniu leczenia „Aufbau" i „Abbau" der Kur.

Nie wystarcza ogólnikowe poznanie psychologji chorego, należy się uczyć zgłębiania psychiki ciężko chorego, przewlekle chorego, nieuleczalnie chorego, stopniowo gasnącego chorego i umierającego chorego. Musimy to umieć, co nauka i sztuka lekarska dają, ale też i to poznać, co stanowi siłę i powagę partacza, owczarza i pseudolekarza. Przy zalecaniu terapji choremu nie wystarczają wskazania lekarskie, ale muszą być też brane pod uwagę wskazania społeczne i rodzinne. Psychogenetycznie myślący lekarz nigdy nie będzie działać nosogenetycznie, nie będzie też prowokować hypochondrji u pacjentów swoich.

Psychterapja szeroko pojęta nie obejmuje wyłącznie najnowsze, ledwie tknięte i mało skontrolowane metody, ale korzysta i z dawnych, przez całe pokolenia lekarzy aprobowanych sposobów leczenia duchowego.

Dr. Dąbrowski (Warszawa)

O. Nordmann i Kirschner: *„Chirurgie"* Bd. II, Lief.19, wyd. Urban und Schwarzenberg, Wien—Berlin. 1927.

O. Nordmann: *Die Vorbehandlung, Der Verband und die Nachbehandlung bei chirurgischen Eingriffen.* Autor ujmuje szczegółowo sprawy wymienione w tytule, opierając się na swem doświadczeniu. Równocześnie krytykuje zalecane przez różnych autorów metody omawiając wyniki zastosowania ich u siebie. W ten sposób przechodzi przygotowanie do zabiegu ze strony wszystkich narządów ze szczególnem uwzględnieniem narządu krążenia. Osobno omawia zabiegi nagłe. W zakresie opatrunku omawia ogólne jego cele i zasady, przechodząc następnie poszczególne opatrunki typowe (liczne rysunki) i technikę opatrunków ustalających. Szczegółowo zajmuje się ważnym a często w podręcznikach pomijanym działem leczenia następowego, tak ogólnego, łącznie z odżywianiem, jak i miejscowego z uwzględnieniem możliwych powikłań ze strony narządów wewnętrznych i rany operacyjnej.

K. Tiesenhausen: *Die plastischen Operationen der Haut.* Autor omawia histologję transplantatu i przechodzi do przeszczepień wolnych i na szypule, podając ogólne zasady techniki operacyjnej przy zabiegach wytwórczych. W części szczegółowej najwięcej miejsca poświęca zabiegom na twarzy, szkicując długi szereg sposobów operacyjnych, objaśnianych licznymi rysunkami. Jest to referat głównie poglądowy z dość obszernem podaniem literatury dla każdego rozdziału. Wreszcie krótko przechodzi sposoby operacyjne: przy sutku obwisłym, dla uzupełnienia kciuka i dla pokrycia kikutów amputacyjnych.

K. Czyżewski (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 19, z 9 maja 1929 r.: L. E. Bregman: O zaburzeniach ośrodkowo - nerwowych w związku z zaburzeniami gruczołów dokrewnych. — J. Koniecpolski: O wartości prognostycznej odczynu Widala w przebiegu duru brzusznego. — E. Weinkiper: Postępowanie chirurgiczne w zapaleniach błędnika w przebiegu ostrego i przewlekłego zapalenia ucha środkowego (streszcz. zbior.).

Medycyna, rok III, nr. 13—14, z 15 kwietnia 1929: St. Leśniowski: O napadach snu i stanach pokrewnych. — Sew. Cytronberg: Badanie sprawności czynnościowej żołądka przy pomocy metod fizyczno - chemicznych (c. d. n.).

Lekarz Wojskowy, rok X, tom 13, nr. 9, z 1 maja 1929: St. Sterling-Okuniewski: O wartości klinicznej ciśnienia rozkurczowego. — Perekladowki i A. Jędrzejowska: Badania nad zawartością grupy witaminy B w chlebie żołnierskim i więziennym. — G. Szulc: Ogólne podstawy profilaktyki chorób zakaźnych w polu (c. d.). — M. Marczewski: Współczesne metody walki z gruźlicą bydła (dok.).

Dziecko i matka, rok IV, nr. 9, z r. 1929: M. Znatowicz-Szczepańska: Wiersz: „W drodze". — Jadw. Zawirska: Zaczątki i rozwój psychologji wczesnego dzieciństwa. — Nat. Jastrzębska: Dzieci łatwe do prowadzenia. I. Typy dodatnie. — M. Benisławska: Modlitwa. — J. Prażmowska: Znaczenie wychowawcze ogródków. — M. Wąsowicz-Sopoćkowa: Wychowanie estetyczne. — M. Morzkowska: Odżywianie sztuczne niemowlęcia do roku życia. — M. Ursz. Niepokoyczycka: O schorzeniach skóry u dzieci. — M. Dziadyk-Kłosińska: O gruczołach. — Matki między sobą.

Polski Czerwony Krzyż, rok IX, nr. 4, z r. 1929: J. Babecki: Camping (Obozowanie). — John Barton Payne: Czerwony Krzyż a przyszłość. — Mocarze wiedzy: Piotr Curie i Marja Curie. — Kaz. Wolfram: Dr. Eugeniusz Loewenstern. — Ewel. Jełowicka: Przez ocean (sprawozdanie z podróży do Buenos-Aires zawodowej pielęgniarki P. C. K.).

Nowiny Lekarskie, rok XLI, zeszyt 9, z 1 maja 1929: S. Karasiński: Badania nad działaniem tranu i naświetlonej ergosteryny w krzywicy doświadczalnej. — S. Tuszewski: O działaniu insuliny na niektóre funkcje przewodu pokarmowego. — E. Piasecka-Zeylandowa: Nowsze prace nad szczepionką przeciwgruźliczą BCG. — Polemika i uzupełnienia.

Zdrowie, rok XLIV, nr. 5, z maja 1929: Inż. arch. Wł. Borawski: Współczesne urządzenia sanitarne w rzeźniach. — Piotr Mężyński: Rola poradni dla matek. — Dział sprawozdawczy.

Trzeźwość, r. 1929, nr. 4: Odpowiedź Prezydenta Hoovera. — Kaz. Kalinowski: Polskie „być albo nie być". — Woj. Wiącek: Pamiętniki z wojska austrjackiego. — Tad. Olpiński: Życiorys Kardynała Manninga (z portretem). — Aleks. Iżycki: Z pola walki o lepsze jutro. Ryki—Mielnica. — M. Skiba: Alkoholizm inteligencji (opój „w polskiem radjo"). — Ela Oleska: Iskra rozdmuchana (Kurs alkohologji w Krakowie). — Ant. Tatarówna: Z Podhala. — M. Skiba: Z wystawy przeciwalkoholowej Trzeźwości. — Organizujmy się.

Przegląd Zdrojowo - Kąpielowy, rok XVIII, nr. 1, z 15 maja 1929. Zakopane. — Kronika. — Walne Zgromadzenie Pol. Tow. Balneologicznego.

Kosmos, rok LIII, zeszyt III, 1928: W. Nechay: Teorja Wegenera pod względem geologicznym. — M. z Dembińskich Rożkowska: Pochodzenie skamielin narzutowych ze szczególnem uwzględnieniem Wielkopolski. — R. Dreżepolski: Ewolucja jądra i jego rola u Euglenin. — A. Łomnicki: Z zagadnień matematyki. IV Rachunek prawdopodobieństwa i jego zastosowanie. — S. Kulczyński: Ogród flory polskiej. — J. Tokarski: Opad tajemniczego pyłu w Polsce w dniu 26—27 kwietnia 1928 r. (Szczegółowa analiza materjału z województwa stanisławowskiego i lwowskiego). — Dr. Szymkiewicz: Przyczynek do genezy grzbiecistych kwiatów. — J. Dembowski: Odpowiedź prof. B. Hryniewieckiemu.

Kosmos, rok LIII, zeszyt IV, 1928 r.: D. Szymkiewicz: Promieniowanie jako czynnik klimatyczny. I Promieniowanie krótkofalowe. — J. Trojan: O syntezie cukrów. — A. Łomnicki: Zagadnienia statystyki matematycznej. Część pierwsza. Statystyka jednej zmiennej. — D. Szymkiewicz: Jeszcze słów kilka o stosunkach liczbowych w budowie roślin. — E. Żyliński: O liczbach Finobacciego w statystyce biologicznej. — S. Kulczyński: Teorja Wegenera i jej stosunek do paleobotaniki. — B. Fuliński: Zagadnienia dojrzewania płciowego osobników męskich u kręgowców i człowieka. — J. Dembowski: O potrzebie i możliwości definicji życia. — H. Regulski: IV Zjazd Fizyków Polskich. — B. Hryniewiecki: O poziom naszych książek popularno - naukowych (Z powodu „Zasad biologji ogólnej" dra J. Dembowskiego).

Medycyna praktyczna, rok III, zeszyt 4, r. 1929: E. Weiss: Teorja i praktyka dny. — K. Bross: Obecny stan wiedzy o patogenezie niedokrwistości złośliwej Biermera. — K. Steć: Zbiór przepisów leczniczego sporządzania potraw z wątroby. — St. Szuman: Poznańskie Wieczory Lekarskie.

Nowiny psychjatryczne, rok VI, kwartał I—II, 1929 r.: R. Radziwiłłowicz: Projekt rozporządzenia o opiece nad osobami psychicznie choremi. — Z. Szymoński: Z psychologji twórczości i natchnień. — St. Higier: Ogólne podstawy freudyzmu w świetle krytyki. — Al. Piotrowski: Sprawozdanie z Zakładu psychjatrycznego Dziekanka za rok 1928/1929.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 19, z 12 maja 1929: Ś. p. Leon Modliński. — Nowe leki. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Przewodnik pielęgniarski, rok I, kwartał I—II z r. 1929: J. Gawroński: Jakiem winno być zachowanie się personalu pielęgniarskiego wobec psychicznie chorych. Wskazówki ogólne. — St. Świerczek: Dozorowanie i postępowanie z niespokojnymi i gwałtownymi chorymi. — J. Medem: Organizacja pracy dla psychicznie chorych w zakładzie. — Br. Jesionowski: Pielęgnowanie osób, cierpiących na choroby zakaźne, ze szczególnem podkreśleniem duru brzusznego i biegunki krwawej. — Streszczenia.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Časopis Lékařů českých.

L. 4.

Doc. Dr. F. Vanýšek: *Przyczynek do etjologji raka.* Emanacja radu szczepiona podskórnie w okolicy wątroby, reguluje i zwiększa różnorodną czynność wątroby, wzmaga przemianę tłuszczu, żółci, cholesteryny, proteinów, uzdrawia cały proces wewnętrzny, w którym ginie i agens prowokujący bujanie nowotworowe. Zmiany metabolizmu można wyraźnie śledzić. Sclera chorego, przedtem mętna, subikteryczna, już po kilku zastrzykach oczyszcza się, nabiera charakteru świeżego błyszczącego. Znaczne zmiany widoczne są i w samym nowotworze; po dwóch zastrzykach ustaje dalszy wzrost nowotworu, ustaje krwawienie i foetor, znikają boleści. Autor opisuje dwa przypadki. Warunkiem dobrego wyniku leczenia jest względnie zdrowa komórka wątrobiana. Chorzy ze znacznym charłactwem nie nadają się do leczenia. Przebieg leczenia jest następujący: Z początku 4 zastrzyki w 14—20 dni. Czem bliżej wątroby ułożony jest nowotwór, tem ostrożniej należy postępować, ponieważ szczepienie radu na nowotwór albo w jego pobliżu jest przeciwwskazane. Miejsce wkłucia musi być odległe od najbliższego brzegu nowotworu najmniej 15 cm. W przypadku raka woreczka żółciowego należy przeto szczepić na górnym brzegu wątroby w linji pachowej. Po 4 zastrzykach następuje dwutygodniowa przerwa, podczas której chory zażywa żelazo, chininę, ewentualnie i hemostatyka. W tym okresie gojenie nowotworu postępuje dalej, wzmaga się czynność wątroby, zaś żywotność tumoru słabnie. Po tym okresie stosuje się nową serję zastrzyków (2—4). Nowotwór w oczach niknie, grozi jednak nie-

bezpieczeństwo nagłego charłactwa, ponieważ ciało zalane jest jadem rakowym, wydobywającym się z rozpadłych komórek. Niebezpieczeństwo jest tem większe, im większy był nowotwór. Również postacie raka, nie nadające się do operacji, dają się leczyć tą metodą. W przypadkach chorób innych, chorobie Basedowa, cukrzycy, gruźlicy płuc i t. d terapja ta leczy radykalnie. Dawkować należy dokładnie: ampułkę z X mc. emanacji rozbija się w 3 X cm fizjologicznego roztworu soli kuchennej; wstrzykujemy 1—5 cm podskórnie w okolicy wątroby. Charłactwo jest wyłącznie z terapji.

Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Wiener klinische Wochenschrift.

Nr. 12. z r. 1929.

Doc. Hess: *O inerwacji somatycznej i autonomicznej.*

Dr. Schneider: *O zatruciu paraldehydem.* Paraldehyd, środek nasenny, znoszony w większych dawkach, został dziś prawie zupełnie wyrugowany z lecznictwa. Zatrucia paraldehydem zdarzają się dziś rzadko. Zdaniem autora, paraldehyd przy zatruciu, wywołuje zmiany na błonie śluzowej żołądka, podobne do tych jakie dają słabe zasady przy krótkiem zadziałaniu, a nie, jak wykazał Paltauf żrące, jak kwasy.

Dr. Eisenklamm (Wiedeń): *O operacyjnem leczeniu ostrego miejscowego zapalenia żył kończyn dolnych.* Ostre zapalenie żył kończyn dolnych leczy się zwykle konserwatywnie. Leczenie operacyjne stosuje się dopiero przy zap. ropnem (periphlebitis), wrzodach lub phlegmonie.

Autor podaje 66 przypadków wyleczenia drogą operacyjną ostrego nieropnego zapalenia żył Wskazaniem są przedewszystkiem ograniczone procesy zapalne żył, żylaki. Przy zapaleniach postępujących uciekanie się do zabiegu operacyjnego jest rzeczą ryzykowną. Przystępywać do operacji powinno się dopiero po okresie ostrym zapalenia żył.

Technikę operacyjną opisał Büdinger w r. 1912—1923. Robi się kilka nacięć (nawet do 40) w linji skóry, 1—2 cm długich aż do fascji w odległości 5 cm jedno od drugiego, w miejscu zmian zapalnych w żyle. Zewnętrzne nacięcia tam, gdzie niema nacieku, gdzie więc krwawienie z żyły jest prawidłowe. Z nacięć wykonanych wydostają się skrzepy żylne zorganizowane lub też miękkie, oraz kawałki przeciętych żył. Ponieważ używa się cięć w linji skóry rana goi się bez zakładania szwów. Zabieg stosunkowo lekki, ma zdaniem autora duże zalety, między innemi tę, że nie daje recydyw, jak leczenie konserwatywne.

Prof. Economo: *Encephalitis lethargica i Encephalomyelite subaigue Cruchet'a.*

Wendlberger (Graz): *Dyfterja cewki moczowej u mężczyzny.* Dyfterja cewki moczowej zdarza się częściej u dziewcząt. O dyfterji cewki moczowej męskiej dotychczas nie słyszano. Autor podaje 3 przypadki zapalenia cewki moczowej męskiej w których z wydzieliny wyhodowano bakterje dyfteryczne, obok pseudodyfterycznych. Które z nich wywołały zmiany zapalne cewki jest dla autora rzeczą niejasną.

Dr. Boas (Kopenhaga): *O reakcji benzydynowej w moczu.* Autor modyfikuje próbę benzydynową w moczu używaną przy badaniu haematurji w ten sposób, że całą reakcję wykonuje na filtrze gdzie pozostał osad po moczu przesączonym. Zdaniem jego próba w ten sposób wykonana jest bardzo czułą i odpowiada badaniu mikroskopowemu.

Dr. J. Holló: *Wpływ pyramidonu na stany podgorączkowe.* Uwagi autora odnośnie do artykułu Mayerhofera pod tym samym tytułem w 4 zesz. W. kl. K. r. 1929.

Prof. Pappenheim: *Znaczenie rozpoznawcze badania krwi i płynu mózgo-rdzeniowego w praktyce.* W chorobach systemu nerwowego badanie krwi ogranicza się właściwie tylko do reakcji Wassermanna, która niezawsze pozwala nam na jasne rozpoznanie. W artykule omawia autor poszczególne choroby mózgu i rdzenia, przy których badanie płynu mózgo-rdzeniowego ułatwia nam rozpoznanie; zwłaszcza przy schorzeniach pokiłowych, gdzie często dopiero badanie płynu mózgo-rdzeniowego naprowadza nas na właściwą drogę rozpoznawczą.

Kahler: *Jak rozpoznajemy zmiany konstytucjonalne w sercu i naczyniach.*

Doc. Dr. H. Fuchs (Wiedeń): *Fizyko-therapja chorób skóry.*

Dr. Czyżewska.

SPRAWY ZAWODOWE.

Wnioski Lwowskiej Izby Lekarskiej w sprawie opodatkowania lekarzy, przedstawione na posiedzeniu Naczelnej Izby Lekarskiej dnia 21 kwietnia 1929.

Sprawa wymiaru podatku lekarzom lwowskim od dłuższego już czasu jest przedmiotem zainteresowania Izby Lekarskiej lwowskiej. Zarząd Izby lekarskiej lwowskiej niejednokrotnie zmuszony był wskutek licznych narzekań kolegów lwowskich interweniować u władz podatkowych — niestety zawsze bezskutecznie. Wreszcie przed kilku laty po licznych interwencjach zdawało się, że sprawa zostanie pomyślnie załatwiona, po czemu czynniki urzędowe miejscowe zdawały się okazywać chęć i dobrą wolę. Czynniki te bowiem w celu załatwienia tej sprawy zawiadomiły Zarząd Izby Lekarskiej, iż godzą się na to, aby komitet wybrany przez Zarząd Izby z pośród lekarzy oznaczył sam wysokość opodatkowania wszystkich lekarzy lwowskich.

Rzecz naturalna, że na warunek ten Zarząd Izby lekarskiej nie mógł się zgodzić. Nie mógł bowiem przyjąć na siebie odpowiedzialności wobec ogółu lekarzy za wymiar podatku, zwłaszcza że nie miał pewności, że władze skarbowe wymiar ten bez zmiany przyjmą i zaaprobują. Aby jednak nie usuwać się od współpracy w tym kierunku, postąpił Zarząd Izby w ten sposób, że Komitetowi złożonemu z licznego grona kolegów wszystkich specjalności polecił sporządzić wykaz wszystkich lekarzy lwowskich według przypuszczalnej wysokości i stopnia ich dochodów z praktyki. Komitet ten zadał sobie wiele trudu i pracy, odbył cały szereg posiedzeń i zestawił wykaz wszystkich lekarzy lwowskich w ten sposób, że podzielił wszystkich na 6 klas. Do klasy 1-szej zaliczono tych lekarzy, których dochód prawdopodobny z praktyki lekarskiej był najwyższy, do 6-tej zaś tych, których wysokość zarobku była tak mała, że zdaniem komitetu winni być zwolnieni od podatku, względnie opodatkowani minimalnie. W tych dwóch granicach pomieszczono w pozostałych 4-ech klasach resztę lekarzy, zależnie od tego, czy przypuszczalny ich dochód z praktyki był większy lub mniejszy. Komitet zdawał sobie dobrze sprawę z tego, że wykaz ten, nie może być wyrazem bezwzględnej sprawiedliwości, ale z drugiej strony w sumieniu swem był mocno przekonany, że granice błędu w wykazie tym były nie duże, a w każdym razie daleko mniejsze, jak to niejednokrotnie miało i ma miejsce w wymiarze podatku przez Władze skarbowe. Przyjmował bowiem Komitet zgóry możliwość omyłki ze swej strony i wiedział, że mógł tego lub owego kolegę zarejestrować np. w klasie 2-ej, podczas gdy w istocie winien on być w klasie 3-ciej i odwrotnie. Ale z drugiej strony było rzeczą pewną, że komitet nie popełnił pomyłki rażącej, aby umieścił np. w klasie 2-ej kolegę, który na podstawie porównania z innymi winien być zaliczony np. do klasy 4-tej lub 5-tej.

W czasie pracy komitetu i prowadzenia dalszych pertraktacyj przedstawiły władze skarbowe Zarządowi Izby ogólną sumę wysokości opodatkowania lekarzy lwowskich, t. j. podały wysokość kwoty, jaką lekarze lwowscy tytułem pkodatku muszą uiścić. Wziąwszy to pod uwagę, zestawił wspomniany komitet wykaz lekarzy z jednej dzielnicy miasta i na próbę starał się oznaczyć w przybliżeniu, ile może wynosić dochód z praktyki lekarzy tejże dzielnicy. Z uwagi na wysokość określonej przez Władze skarbowe kwoty, jaką lekarze tej dzielnicy winni byli uiścić tytułem podatku, klasyfikował komitet kolegów tych bardzo wysoko, tak wysoko nawet, że wszyscy członkowie komitetu jednomyślnie byli zdania, że oszacowali swych kolegów zbyt wysoko i czuli w swem sumieniu, że oszacowanie to nie mogło odpowiadać prawdzie. Mimo to okazało się, że kwota, jakaby przy tak wysokiem oszacowaniu wypadła tytułem podatku, była bardzo daleka (zaledwie około 30%) od kwoty, jaką władze skarbowe zgóry wyznaczyły tytułem podatku od lekarzy tej dzielnicy.

Na tem w owym czasie utknęła dalsza akcja, gdyż o porozumieniu mowy być nie mogło, a Zarząd Izby ograniczył się do przedłożenia Władzom skarbowym wspomnianego wykazu lekarzy, w nadziei, że zechcą z niego zrobić odpowiedni użytek.

Przypuścić atoli należy, że to nie miało miejsca, gdyż z biegiem czasu i w latach następnych stosunki omawiane nie tylko nie uległy zmianie na lepsze — ale przeciwnie stale się pogarszały ku ogólnemu niezadowoleniu i rozgorzyczeniu lekarzy lwowskich. Coraz częściej mnożyły się zażalenia i skargi lekarzy z prośbą by Zarząd Izby wziął ich w obronę i interwenjował u Władz skarbowych z powodu wysokiego wymiaru podatku.

W końcu zaszła rzecz wprost nieprawdopodobna i horendalna — oto w ostatnich czasach wpłynęły do Zarządu Izby pisma niektórych lekarzy lwowskich, którzy oświadczają, że wobec ra-

żąco wysokiego wymiaru podatku, zmuszeni są zaniechać wykonywania praktyki lekarskiej. Jest to fakt nadzwyczaj smutny, nie wymagający żadnych komentarzy, gdyż sam dostatecznie ilustruje omawiane stosunki.

Zarząd Izby lekarskiej lwowskiej, pouczony dotychczasowem doświadczeniem, stoi wobec tego faktu bezradny, nie wierzy bowiem, aby dalsza interwencja z jego strony u czynników tutejszych mogła mieć jakiś skutek. Dlatego też postanowił poruszyć tę sprawę przed forum Naczelnej Izby Lekarskiej w nadziei, że może interwencja najwyższej reprezentacji naszego zawodu u Władz Centralnych będzie mogła wpłynąć skutecznie na poprawę tych stosunków.

W tej nadziei Zarząd Izby Lekarskiej lwowskiej przedstawia następujące wnioski z prośbą o uchwalenie ich:

„Poleca się Zarządowi Naczelnej Izby Lekarskiej poczynienie odpowiednich kroków u Władz centralnych, aby wydały polecenie naczelnym Władzom skarbowym lwowskim rozpatrzenie, wspólnie z delegatami Izby lekarskiej, sprawy opodatkowania lekarzy lwowskich".

„Poleca się Zarządowi Naczelnej Izby lekarskiej poczynić starania w Ministerstwie Skarbu w tym duchu, aby Ministerstwo to wydało polecenie do Władz skarbowych, iż opodatkowanie lekarzy winno się odbywać przy współudziale w komisji szacunkowej delegatów lekarzy, wyznaczonych przez Zarząd Izby lekarskiej. Również w komisjach odwoławczych winni zasiadać delegaci Izb lekarskich a w wypadkach spornych i wątpliwych winny Komisje podatkowe zasięgać rady Zarządu Izby lekarskiej".

Motywy:

Odnośnie do praktyki lekarskiej stosunki we Lwowie w czasie powojennym uległy kardynalnej zmianie. Podczas kiedy bowiem przed wojną we Lwowie było 300 lekarzy, to obecnie jest ich przeszło 800. Do Kasy chorych należało we Lwowie przed wojną około 10.000 ludności — obecnie zaś należy przeszło 160.000. Wynika więc z tego, że kiedy przed wojną przypadało na jednego lekarza wolno praktykującego, przeciętnie 800 głów ludności, to dzisiaj przypada niewiele więcej ponad 100. W rzeczywistości atoli stosunki te są o wiele gorsze. Przed wojną bowiem i ta ludność, która należała do Kasy chorych, przeważnie korzystała z pomocy lekarzy prywatnych, gdyż stosunki materjalne nie grały u niej wielkiej roli. Obecnie, wobec zubożenia ogólnego ludności, do rzadkości należy, aby członek Kasy chorych rezygnował z pomocy lekarskiej w Kasie. Oprócz Kasy chorych istnieją we Lwowie liczne instytucje, które we własnym zakresie gwarantują opiekę lekarską swym członkom. Czyni to np. kolej, szkoły — pomoc państwowa i t. d. Ponadto istnieją ambulatorja kliniczne i szpitale, poliklinika i liczne poradnie, które przeważnie bezpłatnie udzielają porady lekarskiej, z której też ludność tutejsza chętnie korzysta.

Wszystko to razem sprawiło, że stosunki praktyki lekarskiej we Lwowie są tak liche, gdyż najgorsze w całem państwie, jak to dobitnie wykazał Prof. Cieszyński w pracy swej p. t.: *„Przyszłość stanu lekarskiego w Polsce"* i Dr. Marcin Kacprzak w pracy p. t.: *„Lekarze w Polsce"*. Okoliczności te chyba dostatecznie usprawiedliwiają, aby czynniki decydujące zajęły się specjalnie sprawą opodatkowania lekarzy lwowskich.

Podobne stosunki panują także w innych miejscowościach okręgu Lwowskiej Izby Lekarskiej.

LIST DO REDAKCJI.

Kraków, dnia 21 maja 1929.

Wielmożny Panie Redaktorze!

W imię dokładności zawiadamiam, że choć autorzy „Sprawozdania Rady zaw. Tow. lek. b. Gal. za 1898" (P. G. L. Nr. 20 str. 387) nie zamieścili mnie na liście członków Tow. Lek. krak., przecież jestem od 1891 r. dotąd członkiem tego Tow. i to, jak sądzę, z nazwiska dość znanym, zarazem także Jego członkiem honorowym.

Łączę wyrazy prawdziwego poważania

Prof. Dr. L. Wachholz.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Z inicjatywy Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i w porozumieniu z Wydziałem Zdrowia m. st. Warszawy Państwowa Szkoła Higjeny zorganizowała trzymiesięczny kurs alkohologji i walki społecznej z alkoholizmem, który rozpoczął się dnia 18. II. r. b. i jest przeznaczony dla lekarzy-kandydatów na stanowiska kierowników Przychodni Przeciwalkoholowych.

Przy poparciu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia) i z jego funduszów Polski Związek Przeciwgruźliczy przystąpił do organizacji IV kursu uzupełniającego dla lekarzy, mającego za zadanie przygotowanie lekarzy do akcji przeciwgruźliczej, zwłaszcza lekarzy, mających pracować w poradniach przeciwgruźliczych. Kurs rozpoczął się dnia 4 kwietnia b. r.

„Trzeźwość", miesięcznik ilustrowany, ukazał się Nr. 4 za kwiecień i zawiera treść następującą:

Odpowiedź Prezydenta Hoovera — Kazimierz Kalinowski „Polskie być albo nie być" — b. sen. Wojciech Wiącek „Pamiętniki z wojska austrjackiego" — Tadeusz Olpiński „Życiorys kardynała Manninga" (z portretem) — sen. Aleksander Iżycki „Z pola walki o lepsze jutro". Ryki — Mielnica — M. Skiba „Alkoholizm inteligencji" (opój w „Polskiem Radjo") — Ela Oleska „Iskra rozdmuchana" (kurs alkohologji w Krakowie) — Antonina Tatarówna „Z Podhala" — M. Skiba „Z wystawy przeciwalkoholowej „Trzeźwości" — J. Szymański „Organizujmy się!" — Kurs alkohologji w Krakowie — Kurs alkohologji w Brześciu Kujawskim (z rysunkiem) — Prohibicja w Polsce — Przegląd prasy — Kronika.

Numer przedstawia się bardzo interesująco, zawiera dużo bogatego materjału.

Prenumerata roczna z przesyłką 6 zł., wpłacać na konto P. K. O. 270.

Kraków.

Prezesem Polskiej Akademji Umiejętności obrany został Kazimierz Kostanecki, profesor anatomji opisowej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XV Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 17 maja b. r. z następującym porządkiem dziennym:

1) kol. Grabowski: Trzy przypadki przewlekłego wgłobienia jelit w obrazie roentgenowskim;

2) kol. Dybowski: Wyniki badań lekarskich wybitnych zawodników narciarskich (wykład).

W dyskusji zabierali głos kol.: Hilarowicz, Pisek, Schramm.

Wilno.

Na XIII-tym Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich, który odbędzie się w Wilnie od 26—29 września 1929 r. utworzona zostanie, podobnie jak na poprzednich zjazdach, odrębna sekcja pedjatryczna.

Temat główny, zaproponowany przez Komisję Uchwał III-go Zjazdu Pedjatrów Polskich, ma obejmować: „Odrębności przebiegu chorób w wieku dziecięcym".

Temat ten będzie omówiony ogólnie oraz będzie ilustrowany w referatach, dotyczących szeregu poszczególnych jednostek chorobowych, jak: zapalenie płuc i opłucnej, gościec stawowy, nieżyt jelita grubego, zapalenie wyrostka robaczkowego, choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

Tematy te zajmą prawdopodobnie jeden dzień (2 posiedzenia) Zjazdu. Dalej przewidywany jest temat główny z zakresu higjeny społecznej, dotyczącej walki ze śmiertelnością niemowląt w opracowaniu pedjatry i higjenisty na wspólnem (3-ciem) posiedzeniu Sekcji Pedjatrycznej i Sekcji Higjeny z Mikrobiologją.

Czwarte posiedzenie będzie wspólne z Sekcją Chorób wewnętrznych, a to w celu zapoznania się z tematem głównym tej sekcji p. t. „Układ siateczkowo-śródbłonkowy i jego patologja".

Wreszcie na osobnem posiedzeniu Sekcji Pedjatrycznej omówione będą tematy luźne, o ile takowe zostaną zgłoszone.

Zapowiedziane dotąd odczyty nie wyczerpują całokształtu odrębności chorób w wieku dziecięcym — pożądanem byłoby opra-

cowanie materjału klinicznego i szpitalnego, dotyczącego poszczególnych jednostek chorobowych — bądź jako udział w dyskusji.

Pożądane są również tematy z zakresu Higjeny Społecznej, które umieszczone będą na wspólnem z Higjenistami posiedzeniu Sekcji.

Układ siateczkowo-śródbłonkowy jest dotychczas mało opracowany w patologji dziecięcej. Ze względu na zapowiedziany udział pedjatrów w posiedzeniu internistów cenne będą przyczynki w tej sprawie z zakresu pedjatrji.

Wreszcie chętnie widziane będą luźne tematy. Zarząd Sekcji uprzejmie prosi Szan. Kolegów o czynny udział w Zjeździe i zgłaszanie prac pod adresem sekretarza Sekcji, Dr. H. Kaulbersz-Marynowskiej, Wilno — Klinika Chorób Dziecięcych na Antokolu.

Z kraju.

W sprawie wojskowych ćwiczeń lekarzy zdrojowych nadeszło do Zarządu Polskiego Towarzystwa Balneologicznego z Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych z datą 4 kwietnia, L. 1979/29 następujące pismo: „W związku z pismem Dep. Zdrowia M. S. Wojsk. z dnia 16 VI 1928, L. 11918/28 powiadamiam, że oficerowie - lekarze rezerwy, balneolodzy, mogą być powołani na ćwiczenia w okresie jesiennym i zimowym, począwszy od 1 października. Wobec czego podania o powołanie w tym okresie należy składać bezpośrednio do D-cy O. K.“. Podając powyższe pismo M. S. Wojsk. do wiadomości P. T. Lekarzy zdrojowych, nadmienia Zarząd P. T. B., że na podaniach, przesyłanych za jego pośrednictwem do D-ców O. K. przez lekarzy zdrojowych, członków P. T. B., będzie jak najchętniej wpisywać stosowne zaświadczenia.

VIII Zjazd Psychjatrów Polskich w Warszawie, dnia 29 V 1929 r. uchwalił by następny Zjazd odbył się jako Sekcja Psychjatryczna XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie. Na skutek tej decyzji, Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego po porozumieniu się z przewodniczącym Sekcji Psychjatrycznej XIII Zjazdu w Wilnie prof. Radziwiłłowiczem, zgodnie z dezyderatami, wypowiedzianemi na VIII Zjeździe Psychjatrów Polskich, ustalił jako tematy główne:

1) Psychopatja konstytucjonalna i
2) Program budowlany szpitalnictwa psychjatrycznego w Polsce.

Przewodniczący Sekcji Psychjatrycznej podaje następujący tymczasowy program prac:

Termin prac Zjazdu ustalony został na 26—29 września 1929 r. Posiedzenie przedpołudniowe 26 września wypełni zebranie plenarne Zjazdu; pozatem w dniach 27, 28, 29 września godziny ranne od 9—10 przeznaczone są na wykłady plenarne z odczytami profesorów: Marchlewskiego, Godlewskiego, Nowickiego, Piaseckiego. Przedpołudniowe posiedzenie 29 września wypełni plenarne posiedzenie, uchwały, zamknięcie Zjazdu. W ten sposób dla Sekcji Psychjatrycznej pozostaje 26 września posiedzenie popołudniowe (łącznie z Sekcją Neurologiczną) — 27 oraz 28 września: w tym dniu odbędzie się Walne Zebranie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego. W Sekcjach połączonych proponowane są odczyty doc. Rosego z Warszawy p. t. „Zasady architektonicznej lokalizacji w korze mózgowej“, oraz dr. Hurynowiczówny (Wilno) p. t. „Chromaksja“.

Do wygłoszenia referatów dla tematu „Psychopatja konstytucjonalna“ zaproszeni zostali: prof. Mazurkiewicz, E. Minkowski (z Paryża), doc. Hirszfeld i Wilczkowski, Sterling, Grzegorzewska, Rozenblumówna, Falkowski; dla tematu „Program budowlany szpitalnictwa psychjatrycznego“ — Bednarz, Piotrowski, Łuniewski, Radziwiłłowicz.

Uwagi:

1) Wszystkich referentów uprasza się o przysłanie swoich referatów najpóźniej do końca maja 1929 r. do Redakcji „Rocznika Psychjatrycznego“ pod adresem red. J. Nelkena, Warszawa, ul. Matejki 6, w celu umieszczenia in extenso w „Roczniku“ (zeszyt „Rocznika“ z wydrukowanemi pracami będzie rozesłany przed Zjazdem), czas zaś wygłoszenia streszczenia referatu zostaje ograniczony do 10 minut, by pozostawić więcej czasu na dyskusję.

2) Uprasza się o zgłaszanie odczytów luźnych do przewodniczącego Sekcji prof. Radziwiłłowicza — Wilno, Klinika Psychjatryczna, ul. Letnia 5, Antokol, do końca maja 1929 r.

Uzdrowiska z charakterem użyteczności publicznej. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament V Służby Zdrowia) w załatwieniu pisma z dnia 27 marca b. r. L.: 315/29 zawiadamia, że w myśl art. 3-go ustawy o uzdrowiskach z dnia 23 marca 1922 r. i wydanych na tej podstawie późniejszych rozporządzeń, następujące uzdrowiska w Polsce posiadają charakter użyteczności publicznej:

Województwo Białostockie: Druskienniki; Województwo Kieleckie: Busko, Ojców, Solec; Województwo Krakowskie: Krzeszowice, Krynica, Rabka, Swoszowice, Zakopane, Żegiestów; Województwo Lubelskie: Nałęczów; Województwo Lwowskie: Iwonicz, Lubień Wielki, Rymanów, Szkło (nieczynne), Truskawiec; Województwo Stanisławowskie: Burkut (nieczynne), Jaremcze, Morszyn, Worochta; Województwo Tarnopolskie: Zaleszczyki; Województwo Poznańskie: Inowrocław; Województwo Warszawskie: Ciechocinek, Otwock.

Wolne posady lekarskie.

Lwowska Izba Lekarska, z powodu, że Stowarzyszenie kupców żydowskich we Lwowie ponownie czyni starania około założenia osobnej Kasy Chorych dla swoich członków, przestrzega ponownie wszystkich lekarzy, którzyby mieli zamiar ubiegać się o posadę w tej Kasie, aby tego nie czynili bez porozumienia się z Zarządem Izby.

Kurjozum.

W nr. 136 „Ilustrowanego Kurjera Codziennego“ z r. b. czytamy następujący inserat reklamowy:

„Chorym wenerycznie obojętnie czy rzerzączka, szankier lub kiła, podaje do wiadamości, że chłodne kąpiele rzeczne są szkodliwe, bo zaraz po nich bacylus chorobowy mnoży się w tysiące i miljony i objawia się w jesieni chrypką, zapuchnięciem migdałów i krtani, co przeszkadza przełykowi, zapaleniem i ropieniem migdałów, szumem w uszach, osłabieniem wzroku, zapaleniem i opuchnięciem stawów, zaparciem stolca, świerzbiącemi plamami i wyrzutami na ciele, reumatyzmem, psuciem rdzenia pacierzowego, co powoduje utratę władzy w nogach, nerwowość, u wielu osób paraliż i nieuleczalne niedołęstwo. **Leczę powyższe choroby** i wszelkie inne, zastarzałe chroniczne i choroby kobiece, reguluję perjody i zastawiam krwotoki, osobom uznanym za nieuleczalne również się polecam, zainteresowanym wysyłam pismo „Droga do Zdrowia“. Z dalekich i odległych od kolei miejscowości przyjazd niepotrzebny, pisemnie należy podać wyraźnie dokładny adres, wiek, wielkość i wagę, jaka i jak długo trwa choroba, jakie brane kuracje i jakie obecne dolegliwości. Ciślak, Naturalista, Katowice, ul. Teatralna 2. Godz. przyj. od 8—1, po poł. od 3—6 godziny.“

Czy przepisy tyczące się reklam z dziedziny lecznictwa obowiązują tylko lekarzy i aptekarzy?

Zmarli.

Ś. p. Dr. med. Stefan Szaniawski, b. Naczelnik Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia w Łucku, zmarł dnia 26 kwietnia b. r. w Gostyninie, przeżywszy lat 66.

Ś. p. Dr. med. Władysław Jamrusz mjr. lek. Dnia 5 kwietnia b. r. zmarł ś. p. Dr. Władysław Jamrusz, mjr. lek., starszy ordynator oddziału wewnętrznego Szpitala Szkolnego Szkoły Podchorążych Sanitarnych.

Ze świata.

Instytut farmakoterapeutyczny uniwersytetu w Lejdzie (Holandja) urządza w dniu 21, 22 i 23 maja r. b. kurs dla lekarzy p. t. „Rozpoznawanie i leczenie chorób allergicznych“. Wykładać będą profesorowie: Storm van Leeuwen, Rost, Brauer, Rondoni i Dekker. Obok wykładów teoretycznych — zajęcia praktyczne (przygotowywanie wyciągów, wykonywanie odczynów skórnych, oglądanie wolnych od allergenów instalacyj w mieszkaniach prywatnych, zwiedzenie kliniki chorób allergicznych i przedstawienie chorych). Wykłady odbywać się będą w języku niemieckim. Honorarjum 30 marek niemieckich.

Redakcja otrzymała.

„L'enseignement médical en France“ à l'usage des médecins et étudians. Edité par les soins du journal „La Presse médicale“, 1929.

J. A. Sicard i L. Gaugier: „Traitement des varices par la méthode sclérosante“. Wyd. „Médecine et chirurgie pratique“. Nakład Mosson et Cie. Paris 1929.

R. Soupault: „Techniques de médecine opératoire“. Nakład Mosson et Cie. Paris 1929.

P. Hauduroy: „Les ultravirus et les formes filtrantes des microbes“. Moson et Cie. Paris 1929.